

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Soňa Sittová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Soňa Sittová

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**MOŽNOSTI PSYCHOLOGICKÉ INTERVENCE
U LÉKAŘŮ A NELÉKAŘŮ ZDRAVOTNICKÝCH
ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Pavel Hrdlička

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů

V Plzni 20.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucímu práce MUDr. Pavlu Hrdličkovi za obětavé vedení mé bakalářské práce. Děkuji své rodině, která byla trpělivá, když jsem svou práci zpracovávala.

Anotace

Příjmení a jméno: Sittová Soňa

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název Práce: Možnosti psychologické intervence u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb

Vedoucí práce: MUDr. Pavel Hrdlička

Počet stran: číslované 32, nečíslované 24

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 17

Klíčová slova: Zdravotnická záchranná služba, lékař, nelékařský zdravotnický pracovník, psychosociální intervence, psychologická pomoc, stres, krizová intervence

Souhrn: V předložené bakalářské práci jsou uvedeny možnosti psychologické intervence u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb. Práce je prací výzkumnou, která se skládá z části teoretické a části praktické. Základem teoretické části je stručná charakteristika práce jednotlivých pracovních pozic, popis stresu a stresových faktorů ovlivňující práci lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb a možnosti využívání psychologické pomoci. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum využívání jednotlivých psychologických intervencí.

Annotation:

Surname and name: Sittová Soňa

Department: Department of Paramedic Rescue Work and Technical Studies

Title: Options of Psychological Intervention in Doctors and Health Allied Professionals in Health Rescue Service

Consultant: MUDr. Pavel Hrdlička

Number of pages. numbered 32, unnumbered 24

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 17

Key Words: Emergency Medical Service, doktor, no emergency worker, psychosocialinterventions, psychological help, stress, crisis intervention

Summary: The bachelor thesis is focused on options of psychological intervention in doctors and health allied professionals in health rescue service. The thesis, characterized as a research thesis, consists of two parts, a theoretical and practical ones. The theoretical part is based on brief characteristics of particular working positions, description of stress factors affecting doctors and health allied professionals in health rescue service and options of application of psychological help. The practical part is focused on quantitative research of application of particular psychological interventions.

Obsah

Obsah	5
ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CÍL PRÁCE.....	11
1.1 Hlavní cíl	11
1.2 Dílčí cíle	11
2 SPECIFIKA PRÁCE NA ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBĚ	11
2.1 Pozice lékařů zdravotnické záchranné služby	12
2.2 Pozice nelékařských zdravotnických pracovníků zdravotnické záchranné služby.....	13
3 STRES	15
3.1 Znaky stresových situací	16
3.1.1 Fáze reakce na stres.....	17
3.1.2 Psychosomatický model stresu	17
3.2 Pracovní stres.....	18
4 KRIZE	18
4.1 Krizová intervence.....	19
4.2 Pracovník krizové intervence	19
4.3 Techniky krizové intervence	20
4.3.1 Formy působení CISM týmů.....	20
4.4 Krizová komunikace.....	21
5 PSYCHOLOGICKÁ INTERVENCE	21
5.1 SPIS – Systém psychosociální intervenční služby	21
5.1.1 Vývoj SPISu.....	22
5.1.2 Zajištění a koordinace poskytování psychosociální intervenční služby v rezortu zdravotnictví.....	22
5.1.3 Profesní kolega – PEER	23
5.1.4 Výcvik peerů	23
5.2 Využívání psychologických intervencí	23
5.2.1 Intervenční programy	23
5.2.2 Preventivní programy.....	24

5.2.3	Způsoby udržení si psychické rovnováhy	24
	PRAKTICKÁ ČÁST	25
6	PŘEDVÝZKUM	25
6.1	Metoda předvýzkumu	25
6.2	Výzkumné prostředí	25
6.3	Popis vlastního výzkumu	25
6.4	Závěr předvýzkumu	25
7	VÝZKUM.....	26
7.1	Metoda výzkumu	26
7.2	Výzkumné prostředí	26
7.3	Popis vlastního výzkumu.....	26
7.4	Výzkumné otázky	27
7.5	Interpretace výsledků dotazníkového průzkumu	27
7.6	Vyhodnocení jednotlivých otázek	28
8	HYPOTÉZY	38
8.1	Zhodnocení hypotéz	38
9	DISKUZE	38
	ZÁVĚR	39

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou možnosti psychologické intervence u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb. Práci jsem rozdělila na teoretickou část, ve které definuji charakteristiku práce zdravotnické záchranné služby a specifikace jednotlivých pracovních pozic a praktickou (dotazníkovou) část. V teoretické části má případný čtenář možnost získat představu o práci nelékařských profesí a lékařů zdravotnických záchranných služeb v jednotlivých výjezdových skupinách. Seznámí se zde s jednotlivými pojmy jako je stres, stresové faktory, syndrom vyhoření, psychohygienu, spolupráce peerů a v neposlední řadě s možnostmi udržení si rovnováhy emočních stavů a předcházení vyčerpání psychických i fyzických rezerv. Práce zdravotnických záchranářů a lékařů se ve velké míře liší od práce zdravotníků ve zdravotnických zařízeních, a to zejména nutností rychlého a správného rozhodování, které bývá často umocněno vypjatou situací okolí. Často se postižení a jejich blízcí v takové situaci ocitají poprvé v životě a je velmi důležité, jak posádka zdravotnické záchranné služby zapůsobí.

Při výběru tématu bakalářské práce jsem přemýšlela, pro koho tato práce bude přínosná? Domnívám se, že práce je svým pojetím určena jak vlastním záchranářům i lékařům zdravotnických záchranných služeb, tak studentům oboru zdravotnický záchranář. Přála bych si, aby si zde své našel i čtenář laik. Co od zpracování tohoto tématu očekávám? Obohacení, posun ve vědění a možnost si prohloubit znalosti v oblasti psychologických intervencí, nácviku prevence a řešení krizových situací souvisejících s mojí prací zdravotnického záchranáře ve výjezdové skupině rychlé zdravotnické pomoci.

Praktickou částí bakalářské práce je kvantitativní výzkum. Prostřednictvím vlastního dotazníku oslovuji záchranáře a lékaře pracující v úseku přednemocniční neodkladné péče (PNP) a provádím šetření v oblasti působení stresu a zkušenostmi s možnostmi využití psychologické pomoci. Zde bych ráda uvedla, že nejprve jsem provedla pilotní výzkum pouze v naší oblasti Nymburka, Lysé nad Labem a Městce Králové, abych zjistila, jestli volba otázek je obsahově srozumitelná. V praktické části provádím výzkum s cílem zmapovat a analyzovat situaci využívání psychologických intervencí a nácviků komunikací na jednotlivých oblastních střediscích zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje a Plzeňského kraje. Jednotlivé otázky dotazníku

jsou zpracovány nejen graficky, ale i slovně. Pro úplnost jsou v této části popsány závěry jednotlivých hypotéz.

Závěrem práce je vyhodnocení hlavních a dílčích cílů. Anotace v českém a anglickém jazyce je v úvodní části práce. Diskuze k dané problematice s návrhem opatření se nachází v části závěrečné. Součástí bakalářské práce je seznam použité literatury a zdrojů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CÍL PRÁCE

1.1 Hlavní cíl

Provést šetření a analýzu používaných psychologických intervencí na zdravotnických záchranných službách plzeňského a střeďočeského kraje.

1.2 Dílčí cíle

Charakterizovat práci jednotlivých skupin pracujících na zdravotnických záchranných službách a zjistit, které stresové faktory ovlivňují práci jednotlivých skupin. Vysvětlit preventivní a intervenční programy v záchranných službách. Zjistit zájem o psychologické intervence z řad lékařů a nelékařů ZZS.

2 SPECIFIKA PRÁCE NA ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBĚ

Zdravotnická záchranná služba zajišťuje poskytování přednemocniční neodkladné péče (PNP) po přijetí a vyhodnocení tísňové výzvy na tísňové lince. Na místo události, neštěstí, úrazu či vzniku zdravotních obtíží postižených vyjíždí výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby v různém složení, jejíž personální obsazení vyplývá z organizace ZZS. V současné době existuje systém rychlé lékařské péče (RLP), rychlé zdravotnické péče (RZP), rendez-vous systém (RV) a letecké záchranné služby (LZS). Během vlastního zásahu můžou tyto jednotlivé výjezdové skupiny pracovat zcela samostatně nebo i mezi sebou spolupracovat. Výjezdová skupina RLP je tvořena lékařem, sestrou specialistkou nebo zdravotnickým záchranářem a řidičem-záchranářem. Výjezdová skupina RZP bývá zpravidla týmem dvojčlenným, jehož členové jsou dva diplomovaní záchranáři, u nichž je možnost zástupu na pozici řidiče, nebo řidič-záchranář a sestra specialistka nebo diplomovaný zdravotnický záchranář. Výjezdová skupina RV je personálně obsazena lékařem a zdravotnickým záchranářem nebo řidičem-záchranářem. Kompetence, pravomoci jsou dány nejen zákonem 96/2004 Sb., ale i vnitřními řády jednotlivých zdravotnických záchranných služeb.

Přednemocniční neodkladná péče (PNP) je obor medicíny, který oproti klasickému přístupu k pacientovi má jednu velikou zvláštnost: na prvním místě je

stabilizace životních funkcí, zvládnutí život ohrožujícího stavu a pak teprve zjišťování samotné příčiny stavu. Zdravotničtí pracovníci přicházejí navíc do styku s tabuizovanými oblastmi lidské existence. Patří sem působení bolesti druhým lidem, otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin. Pacienti bývají často depresivní, demoralizovaní, vyčerpaní a podráždění. Zdravotníci i přes veškeré úsilí i při nejlepší vůli nad smrtí nemohou definitivně zvítězit. Vděk ze strany pacienta nebo jeho rodiny nemusí odpovídat úsilí a námaze, kterou vynaložili.

Zdravý životní styl nebývá prioritou záchranářů. Pravidelnost životního rytmu je ve směnném provozu a zvláště při záchranných akcích zcela narušena, projevuje se spánkový deficit. Zdravotník také bývá svým okolím často vnímán pouze přes svoji profesi. To může mít dvojitý negativní důsledek. Jednak se na něj se žádostí o radu obracejí lidé v situacích, kdyby se měl věnovat úplně jiným činnostem. A dále případné selhání v profesi (ať už skutečné či domnělé v očích veřejnosti) je prožíváno zvláště bolestně.

Na výjezdových stanovištích v nymburské oblasti zdravotnické záchranné služby máme systémy výjezdových skupin RLP i RZP, v současné době systém RV v naší oblasti zatím není. Všichni zaměstnanci se střídají v nepřetržitém provozu ve dvanácti hodinových směnách.

2.1 Pozice lékařů zdravotnické záchranné služby

Největší zodpovědnost mají lékaři jako vedoucí týmu. Jejich úloha je skutečně klíčová, protože rozhodnout se pro diagnózu a terapii musí během velice krátké doby. Jeho odborná všestrannost je v těchto případech na místě (např. „zlatá hodina“ v traumatologii, „terapeutické okno“ při léčbě mozkových příhod, včasná diagnostika při akutních infarktech myokardu, akutní ošetření dětí), avšak lékař výjezdové skupiny je zodpovědný i za dodržování postupů nelékařských zdravotnických pracovníků. Při likvidaci následků mimořádných událostí často první lékař na místě neštěstí rozhoduje při třídění velkého počtu zraněných o osudu těchto postižených. Což opět představuje nesmírnou míru zodpovědnosti. Nedostatečná právní ochrana, nevyjasněné kompetence, rizikové postavení pro absenci zákona o záchranných službách (pozn.: v době psaní této bakalářské práce je opětovně projednáván Parlamentem ČR a v období odevzdávání bude pravděpodobně schválen) je dalším stresovým faktorem ovlivňující práci lékařů. Tlak nezdravotnických profesí roste a lékaři jsou v mnoha ohledech snadnou kořistí pro

bulvární tisk i komerční televize. Pozice lékařů zdravotnických záchranných služeb se dá z charakteru prostředí i podmínek, ve kterých svou činnost vykonávají, zařadit do kategorie pomáhajících profesí. „Skutečnost, že v pomáhajících profesích se velmi často vyskytuje závislost na drogách, je někdy vysvětlována tím, že pro lékaře a ošetřující personál jsou opiáty a psychofarmaka snadno k dosažení. S tímto vysvětlením však nevystačíme, zvláště když uvážíme, že i závislost na alkoholu je v těchto profesích častější než u průměru obyvatelstva. Možná to spočívá v tom, že již sama volba lékařského povolání se vyznačuje potřebou obrany.“ [SCHMIDBAUER, W 2008, str. 19]. Lékařů zaměstnaných u zdravotnických záchranných služeb na pracovní poměr v plném pracovním úvazku je žalostně málo, řada z nich pracuje pouze na dohodu o pracovní činnosti a svoje kmenová pracoviště mají ve zdravotnických zařízeních či privátních ambulancích.

2.2 Pozice nelékařských zdravotnických pracovníků zdravotnické záchranné služby

Nelékařské zdravotnické pracovníky můžeme rozdělit do tří pracovních kategorií. Operátorky, řidiče a výjezdové sestry, zdravotnické záchranáře či záchranáře s vysokoškolským vzděláním.

Pro řidiče-záchranáře je velmi psychicky náročné zajistit v současném dopravním provozu bezpečnost posádky a pacienta. I přes platnost nového silničního zákona je situace na našich silnicích stále neutěšená a často jsou řidiči nuceni řešit nestandardní situace, které jsou zapříčiněny bezohlednou jízdou ostatních řidičů.

Automaticky se předpokládá, že řidiči bezchybně znají místopis, provoz na komunikacích (aktuální dopravní uzavírky ve spádové oblasti), stoprocentní znalost přístrojů a pomůcek v sanitním voze a jejich manipulaci s nimi. Samozřejmě se očekává, že znají technický stav a vybavení vozidla. Stresující je pro řidiče i fakt, že vozidla mají několikamilionovou hodnotu, jejich poškození zaviněnou dopravní nehodou může vést až ke ztrátě zaměstnání.

Přenášení nemocného transportními nosítky v obtížně schůdném terénu je další stresový faktor, pro hrozící možnost druhotného zranění pacienta. Řidiči jsou de facto ve stresu i po předání pacienta ve zdravotnickém zařízení, neboť i při návratu na výjezdové stanoviště musí věnovat řízení maximální pozornost.

Výjezdová sestra i záchranář rovněž pracují pod neustálým psychickým tlakem. Je na ně kladena velká zodpovědnost, často musí pracovat samostatně bez kontroly lékaře. Není čas, místo ani prostor na nápravu případné chyby. Často se od nich chce během krátkého časového úseku mnoho různých úkonů. Musí mít znalost obsluhy přístrojů ve voze, znát lékové skupiny, ampule s léky musí umět najít v deštivém počasí, za špatného osvětlení i v nepřístupném terénu. V systému RZP je to právě NLZP, kdo musí vyšetřit pacienta, zajistit životně důležité funkce, stanovit správnou pracovní diagnózu a pomocí konferenčního telefonického hovoru konzultovat s lékařem možné podání léků. Tato skutečnost vyžaduje nemalé teoretické znalosti a řadu praktických dovedností, které sestry v nemocnicích často nemají, ale ani nemusí mít, neboť vždy je někde nějaký lékař nablízku. Stres zvyšuje i to, že sestra všeobecně tráví více času s pacientem, jejichž duševní a tělesné problémy se jí tudíž více dotýkají. Chronická přepracovanost, směnnost, mechaničnost práce a dále v podstatě nemožnost si řídit a organizovat vlastní práci přispívají k zvyšování psychického tlaku. Zdravotní sestra navíc jako nejkřehčí členek posádky musí být fyzicky zdatná, aby stačila mužskému elementu při fyzické zátěži v případě, že posádka musí v málo dostupném terénu běžet na místo zásahu i několik set metrů. V systému RZP je zkouška fyzické zdatnosti při každém výjezdu, a to při transportu pacienta do sanitního vozu.

Vdané sestry navíc žijí v téměř permanentním konfliktu rolí v zaměstnání a v rodině. K tomu je třeba přičíst i to, že nemocný obvykle respektuje lékaře, svou hostilitu přenáší především na zdravotní sestry a záchranáře.

Na řidiče-záchranáře i výjezdové sestry na řadě výjezdových stanovišť čeká velice náročný úklid sanitních vozů a pomůcek v nich. Jelikož na řadě stanovišť nemáme pro sanitní vozy garáže, je veškerý úklid prováděn venku za jakéhokoliv počasí. Toto je samozřejmě velmi nepříjemné v zimě a v období podzimních plískanic.

Obečným stresorem všech, jsou výzvy k dětským pacientům v bezprostředním ohrožení na životě. Oživování pacientů v terénu za přítomnosti rodiny, ošetřování psychiatricky nemocných, narkomanů, agresivních a opilých lidí je vždy náročné fyzicky i psychicky. Problematické je i ošetřování příslušníků etnických skupin a lidí bez domova.

V poslední době se stále setkáváme s fyzickým napadáním záchranářů agresivními lidmi. Je velice smutné, že zdravotníci přijíždějí zachránit lidské životy či

zdraví jsou sami ohrožení na životě. Tímto stresorem se služba stává stále více vyčerpávající. Za daných podmínek se dostává až za hranice psychické únosnosti.

Zaměstnanci zdravotnické záchranné služby jsou každodenně vystavováni riziku možných infekčních nákaz. Všeobecným stresorem všech zdravotníků je též finanční ohodnocení, které neodpovídá společenské prestiži a zodpovědnosti při své práci.

Po přečtení této kapitoly se může zdát, že líčím práci záchranářů velice dramaticky až hororově. Zde na tomto místě bych však ráda zdůraznila, že práce má i své krásné a kladné stránky a to na všech úrovních pracovních pozic. Záleží však velmi na každém jedinci a jeho vnímání. Nepopsatelně krásné pocity při výborně odvedené práci v terénu, zpětná vazba a následné poděkování a v neposlední řadě uznání vedoucích pracovníků jsou dobíjecím motorem naší práce. Bohužel náročnost práce a působení stresorů zpravidla převažuje.

3 STRES

Slovo stres slyšíme v běžném životě v poslední době velmi často. S jistou dávkou nadsázky se dá říci, že je stres fenoménem dnešní doby. O stresu již bylo a jistě i nadále bude napsáno mnoho. „*Stres to je život!*“ [CUNGI, CH 2001, str. 11 výtah].

„*Pojem stres (napětí, zátěž) poprvé použil pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže, kanadský endokrinolog Selye. Stres je podle něj „sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou“* [VÁGNEROVÁ, M 2004, str. 50]. „*Stres je tedy nespecifickou reakcí jedince na působení zevních vlivů nazývaných stresory.*“ [CUNGI, CH 2001, str. 11 výtah]. Veškeré vlivy, které negativně působí na člověka, můžeme jednotně nazvat stresory. Těchto stresorů může být celá řada. Za prvé jsou to materiální faktory jako nedostatek jídla, peněz nebo naopak výhra velké částky peněz, strach z okradení, problémy v práci a jiné. Dále to mohou být sociální faktory, mezi které patří působení neznalých nebo netaktních osob. Pravidelné užívání drog, alkoholu nebo nikotinu, nepříznivý vliv bakterií a virů, strach z přírodních katastrof nebo katastrof způsobených lidmi, mezi které patří i hrozba války nebo výbuch atomové elektrárny, různé nehody a úrazy. Všechny uvedené momenty mohou člověka stresovat a patří do skupiny tzv. fyzikálních faktorů. V neposlední řadě působí na člověka emocionální faktory. Hlavní roli zde hrají především úzkost, strach, zármutek, obavy. Zvládnutí stresu je velice individuální. Vše, co vede naše konání k lepším výsledkům,

k uspokojování našich potřeb můžeme nazvat motivátory. Jsou to faktory, které kladně ovlivňují naše jednání a počínání.

Intenzita a kvalita stresu je různá. Hyper stresem označujeme stres přesahující hranice adaptability. Druhou polohou je tzv. „hypo“ stres, při kterém hranice nezvládnutelnosti ještě nebyla dosažena, avšak při dlouhodobém působení může i u hypostresu dojít ke zvratu.

Kvalita stresu se vymezuje pojmy distres a eustres. Distres je negativně působící stres, používá se pro nejnepříznivější situace. Naopak eustres se definuje jako kladně působící stres, kterým se myslí například očekávání kladně emocionálně zabarvené události (svatba, narození dítěte).

Zde bych ráda pro názornost uvedla dva příklady ze své praxe. Jestliže můj kolega žije ve společné domácnosti se svou velmi starou matkou, a ona matka je jediným jeho blízkým člověkem, může se stát, že výjezd k pacientce podobné věkové kategorie je do značné míry pro kolegu stresorem. Zatím co pro mne, ta samá situace je motivátorem. A naopak, výjezd k dětskému pacientovi věkové kategorie mých dětí je pro mne stresorem a oproti tomu, pro mého bezdětného kolegu motivátorem.

Stres v prostředí záchranáře má ve velké míře negativní charakter, který nutí jedince k vytvoření obranných – respektive vyrovnávacích mechanismů. Už jen proto, že jeho působení je téměř nepřetržitě. Není náhodou, že právě odolnost vůči stresu je jedním ze základních požadavků při výběrů uchazečů o toto povolání; jako u mnoha humanitárně laděných profesí jde i u záchranářů při každodenním výkonu práce spíše o poslání. Výkon pod vlivem různých druhů stresu má čtyři fáze: obecný stres, kumulující se stres, stres v kritické situaci a posttraumatická stresová porucha. Poslední fáze ve svých důsledcích je de facto u záchranářů „pracovním úrazem“. Právě proto by preventivní přístup při řešení pracovních podmínek pro výkony profesí záchranáře byl podporou pro jejich spolehlivější výkon.

3.1 Znaky stresových situací

„Znaky stresových situací jsou vzájemně propojeny a to zpravidla časovou tísní, nečekaností a nepředvídatelností události, subjektivním pocitem nezvládnutelnosti situace a tlak související s větším počtem změn.“ [VÁGNEROVÁ, M 2004, str. 50].

3.1.1 Fáze reakce na stres

Aktivace obranných reakcí	Fyziologicky Psychicky	Specifické Nespecifické biologické změny	První fáze adaptace
Hledání účelných strategií	Zvládnutí stresu	Pocit kontroly nad situací	Návrat k normálu
Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch	Projev selhání obránných reakcí	Přechod do chronicity	Psychosomatické poruchy

Tabulka č.1

Z výše uvedené tabulky je patrné rozdělení fází stresu do tří období. V první fázi dochází k aktivaci obranných reakcí a jedinec začíná reagovat automaticky. Nastupuje psychická i fyzická reakce, která je doprovázena biologickými změnami, jak specifickými, tak nespecifickými. Jedná se o první adaptační fázi. Po určité době začíná jedinec hledat účelné strategie zvládnutí dané situace, jenž je provázené pocitem kontroly nad situací, zde zpravidla dochází s odstupem času k návratu do normálu. Nejzávažnější pro jedince je nástup třetí fáze, kdy dochází k rozvoji poruch podmíněných stresem, nastupují projevy selhání obranných mechanismů, tento stav může přejít do trvalých obtíží a jeho následkem mohou být přetrvávající psychosomatické poruchy.

3.1.2 Psychosomatický model stresu

Základním činitelem psychosomatického modelu je podnět – stresor, jedinec ho zpracuje a vyhodnotí jako podnět ohrožující. Na základě toho spouštěcího momentu dochází k fázi emočního vybuzení, při kterém v závislosti působí i vybuzení fyzické, které je do jisté míry měřitelné (zvýšení krevního tlaku, zrychlení srdeční akce) či subjektivní (dochází i ke změnám ve funkci zaživacího systému - různé druhy nevolností).

Chorobu považujeme za poslední stupeň psychosomatického modelu stresu. Při dlouhodobém působení negativních podnětů a dlouhodobém emočním i fyzickým vybuzení dochází k somatické nerovnováze, která přesto že je zprvu pouze funkční záležitostí může vést až k orgánovým poruchám. Orgánové poruchy posléze přispívají

k rozvoji hypertenzní nemoci, diabetu, migrenózním stavům či kardiovaskulárním poruchám či psychofyzickému vyčerpání. [PONĚŠICKÝ, 1999]

3.2 Pracovní stres

Klasifikace do několika kategorií

- problémy související s rolemi, které jedinec zastává (konflikty rolí)
- profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace)
- organizace práce
- vysoké nároky související s obsahem práce
- fyzikální prostředí

Zvládání pracovního stresu v nepřetržitém provozu, kde není prakticky žádná možnost pracovníka rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách, ve kterých bude prováděna je jistě velkým stresogenním faktorem při práci výjezdových skupin zdravotnických záchranných služeb. Je třeba zmínit, že i zde se prolínají výše uvedené charakterové a osobnostní vlastnosti jedince. Nedílnou součástí jsou setkání s úmrtím dětí a mladých lidí, pocity bezmoci při poskytování péče. Kontakt v terénu, možnost vlastního ohrožení a dlouhodobé působení stresu.

4 KRIZE

V Číně si lidé obvykle přejí dostatek nezajímavých časů. Předpokládá se totiž, že krize je životní údobí naplněné prožitky, zajímavostí, ale bohužel i bolestí. *„Nezajímavé časy, kdy se zrovna neděje žádná krize, si obvykle příliš nepamatujeme – jsou prostě nezajímavé.“* [VODÁČKOVÁ, D 2007, str. 27]. *„Krise vede obvykle ke změně regulačního vzorce, ke změně regulativních způsobů našeho chování (ať v pozitivním nebo negativním smyslu). Nese možnost zásadní změny. Z toho vyplývá, že je zároveň příležitostí i nebezpečím.“* [VODÁČKOVÁ, D 2007, str. 31].

Nečekané události a jejich nakupení mohou představovat takovou míru zátěže, při které se organismus ocitá na pomezí vlastních rezerv (úmrtí partnera, rozvod, rozchod, ztráta zaměstnání, změna finanční situace, osobní konflikty na pracovišti, problémy s vedoucím, změny v širší rodině).

Krize má subjektivní charakter, krize se často týká celého rodinného systému, krize je definována jedincem, krize je životní situace, která přesahuje obvyklý repertoár vyrovnávacích strategií. *„Stav psychické krize je doprovázen negativními citovými*

prožitky, narušením pocitu bezpečí, objevuje se silná tenze beznadějí.“ [VÁGNEROVÁ, M 2004, str. 50].

4.1 Krizová intervence

Krizovou intervencí můžeme vymezit jako „specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi“, Tvoří ji různé formy pomoci, jejichž úkolem je navrátit jedinci psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní situací. Do této pomoci řadíme pomoc psychologickou, sociální, právní a lékařskou. [ŠPATENKOVÁ, N 2004, str. 15]. Mezi jednotlivé aktivity zahrnující tuto pomoc můžeme zařadit poskytování emoční podpory a pocitu bezpečí. Pomocí krizové intervence lze stanovit problém, vytvořit plán pomoci, pracovat s emocemi a podporou jejich ventilace, zmobilizovat zdroje pomoci a v neposlední řadě i usnadnění komunikace. Při poskytování krizové intervence je prakticky nepřipustné utěšování, udílení rad, tlumení emocionálních reakcí či bagatelizování. Velkou chybou je časně podávání antidepressivních přípravků.

Krizová intervence je proces, jehož základem je navázání komunikace mezi klientem a krizovým pracovníkem. Z dostupné literatury jednoznačně vyplývá, že krizová intervence má několik etap, od prvotního navázání kontaktu až do vyřešení a zhodnocení intervence. Zde se autoři liší nejen v počtu fází, ale zejména v popsání jednotlivých etap. Tří fázového modelu využívá Golanová od roku 1978. Tento model je považován za nejjednodušší. Zahrnuje počáteční fázi, ve které dochází k formulaci problému, ventilaci emocí, definici cílů a problému. V navazující střední fázi dochází k realizaci, tato realizace probíhá v období cca šesti kontaktů s klientem. V této fázi se doplní informace, krizový pracovník má možnost ověřit adaptační mechanismy klienta. Konečnou fází je fáze ukončení. Zde se společně klient i intervenční pracovník rozhodnou pro ukončení, ale i nabídnutí možnosti pokračování např. v jiné formě (psychoterapie). V případě, že klient již nehodlá využívat další intervence, je dobré naplánovat budoucnost, zhodnotit a připomenout dosažené cíle a úkoly a pomoci klientovi, aby měl pocit, že proces intervence je ukončený.

4.2 Pracovník krizové intervence

Krizový pracovník může být profesionál z řad psychologů, pedagogů, lékařů či sociálních pracovníků, ale i laik, který absolvoval specializovaný výcvik krizové intervence. U těchto pomáhajících profesí je hlavním nástrojem osobnost jedince, na kterého jsou kladeny mimořádně vysoké nároky, a právě jeho osobnost umožňuje

zvládat náročné zátěžové situace. U těchto pracovníků se předpokládá dovednost navazovat kontakt s klientem a kontakt udržet tak dlouho, dokud je potřeba. Schopnost učinit první odhad situace a její posouzení. Schopnost se rozhodovat pod časovým tlakem a brát na sebe odpovědnost za svá rozhodnutí. Pracovník na pozici krizového interventa dále musí být schopen motivovat sám sebe, musí bezpodmínečně disponovat nadprůměrnou odolností vůči pracovnímu stresu. Měl by být empatický, ale zároveň aktivní a případně i direktivní.

4.3 Techniky krizové intervence

Cílem preventivních intervenčních technik je předcházet posttraumatické reakci a zvyšovat odolnost organismu na působení psychického traumatu. Intervenční techniky umožňují osobní ventilaci prožitků a učí jedince, jakým vhodným způsobem se stresem zacházet.

Multifokální přístup ke kontrole stresu je klíčem k úspěchu a udržení psychické rovnováhy zaměstnanců.

CISM (Critical Incident Stress Management) vznikl jako systém preventivní psychologické péče pro lidi s potenciálním psychotraumatem a je zaměřen nikoli na oběti (těm jsou určeny jiné podpůrné psychologické služby), ale na osoby, vystavené kritické události v důsledku své profese, tedy mimo jiné i na záchranáře. Je to diskuze, proces, podpora, strukturované setkání po události, ale i preventivní vzdělávání s cílem lépe čelit nárokům profese. Není to ani psychoterapie, ani psychologické poradenství nebo léčba. Jde o systém jednotlivých prvků a postupů, jejichž cílem je předcházet pozdější psychologické morbiditě a snížené výkonnosti v práci. Právě toto předpokládané preventivní působení je úskalím důkazů o účinnosti CISM. Skupiny CISM mají za cíl pomáhat lidem, kteří prožívají negativní následky stresu poté, co byli vystaveni kritické události. Přípravují pracovníky IZS tak, aby dokázali zacházet se stresem, který se vztahuje k jejich profesi.

4.3.1 Formy působení CISM týmů.

Podpora v terénu (On-scene support) – všem záchranářům, konzultace s řídicím managementem.

Demobilizace (Demobilization) – je prováděna ihned po přesunu z akce v délce 10 až 20 minut. Jejím cílem je snížení stresu spojeného s kritickou událostí a zahájení obnovy sil záchranářů.

Defusing (zmírnění) – je načasováno do osmi hodin od kritické události. Cílem je zmírnění dopadu této události, zmírnění emocionální zátěže, zmapování skupiny, zhodnocení potřeby debriefingu.

Debriefing – pokud je nutné jej provádět, tak v rozmezí 24 až 72 hodin od zásahu v délce 2 až 3 hodin. Debriefing je důležitý pro zmírnění stresové reakce a zrychlení obnovy sil zasahující skupiny. Po ukončení debriefingu jsou možné individuální konzultace.

Následné služby (Follow-up services) zabraňují pocitům opuštěnosti a jejich úkolem je také sledovat, zda se stresové symptomy nevrací. Následná péče je uskutečňována pozdějším setkáním se skupinou, telefonáty s účastníky, s vedením jednotky, návštěvami duchovního, individuálními konzultacemi, předáním účastníků do terapie, je-li to nutné [<http://www.mvcr.cz/clanek/tema-2010-i-zachranari-jsou-jen-lide.aspx>].

4.4 Krizová komunikace

Krizovou komunikaci můžeme chápat jako výměnu informací, která nastává mezi odpovědnými autoritami, organizacemi, medii, jednotlivci a skupinami před mimořádnou událostí, během ní a po jejím skončení [VYMĚTAL, Š 2009, str. 10].

5 PSYCHOLOGICKÁ INTERVENCE

Hlavním cílem psychologické intervence rizikových skupin je ovlivňování psychické činnosti skupiny osob. Poskytování první psychologické pomoci v oblasti integrovaného záchranného systému je rozšířené. Hasičské a policejní sbory mají vlastní psychologická střediska. V oboru urgentní medicíny se jedná o relativně mladý projekt, na kterém se podílí koordinační středisko MEKA Brno, které zastřešuje spolu s ministerstvem zdravotnictví fungování SPISu.

5.1 SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

Tento systém zahrnuje preventivní i intervenční opatření.

Součástí činnosti je příprava odborníků na duševní zdraví, koordinátorů a peerů. K prevenci patří vzdělávání a informovanost o podstatě působení stresu a jeho zvládnání. Dá se předpokládat, že informovaný zaměstnanec při výskytu příznaků vyhledá nějakou formu pomoci včas. Pro každého je důležité, aby si uvědomil, že vulnerabilní je každý,

každý má pouze odlišnou míru odolnosti a jiné individuální spouštěče, které mohou vycházet i z traumatických zážitků v minulosti [<http://www.spismz.cz/>].

5.1.1 Vývoj SPISu

Vývoj systému psychosociální intervenční služby v oblasti urgentní medicíny můžeme rozdělit do čtyř etap. V první etapě v letech 2005-2008 proběhla přípravná fáze, která zahrnovala výzkum stresu v oblasti zdravotnických záchranných služeb. Součástí přípravné fáze byla řada vzdělávacích aktivit a příprava certifikovaných peerů, spolupráce s psychology a analýzy i na základě mezinárodní výměny zkušeností. Pilotní studie proběhla v roce 2008-2009 ve spolupráci se zdravotnickou záchrannou službou hlavního města Prahy. Zde byla aktivně poskytována zaměstnancům psychologická intervenční služba. V této době se tvořil design SPIS. V roce 2010 byl realizován pilotní projekt, kdy SPIS byl aplikován pro potřeby zdravotníků. V roce 2011 dochází k propojení SPIS s obdobnými systémy rezortu ministerstva vnitra, integrace do ochrany obyvatelstva a zapojení do mezinárodních aktivit.

5.1.2 Zajištění a koordinace poskytování psychosociální intervenční služby v rezortu zdravotnictví

Zajišťování činnosti Systému psychosociální intervenční služby (SPISu) v naší republice je oficiálně v činnosti druhým rokem. V současné době má každý kraj svého koordinátora pro poskytování psychosociální intervence. Například ÚSZSSK disponuje šestnácti vyškolenými peery. Činnost SPISu je postavena především na peerské podpoře. V jednotlivých týmech fungují i odborníci na duševní zdraví z řad klinických psychologů. Odbor bezpečnosti a krizového řízení Ministerstva zdravotnictví ČR ve spolupráci s odbornými guaranty, odborníky na duševní zdraví a peery tvoří základní schéma SPIS. V současné době má každý kraj svého koordinátora pro poskytování psychosociální intervence. Celostátním garantem je pan doktor Humpl. Asociace zdravotnických záchranných služeb považuje za žádoucí tento systém zachovat, neboť ze zákona o zdravotnické záchranné službě jasně vyplývá, že psychosociální intervence bude povinnou součástí struktury zdravotnické záchranné služby. Financování SPIS bude ukončeno prvního dubna letošního roku a do konce roku bude financován z rozpočtu jednotlivých ZZS. V příštím roce se předpokládá financování ministerstvem zdravotnictví ČR z prostředků určených pro financování krizové připravenosti.

5.1.3 Profesionální kolega – PEER

V anglickém jazyce se dá peer přeložit též slovem vrstevník. V našem systému představuje peer profesionálního kolegu se specifickým výcvikem v kolegiální krizové intervenci. Peerů jsou základní rovinou v poskytování intervencí. Přednostmi je důvěra, prostorová blízkost a orientace v organizaci. Peerský systém byl velice kvalitně zahájen a veden zdravotnickou záchrannou službou hl. města Prahy, kde jako součást školicího střediska byla zřízena síť peerů.

5.1.4 Výcvik peerů

Výcvik peerů zajišťuje Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů (NCO-NZO) v Brně. Jedná se o certifikovaný kurz: „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům“. Prostředky jsou čerpány z fondů evropské unie. Kurz zahrnuje osmdesát šest hodin teorie a praxe. Absolventi kurzu zde získají teoretické znalosti a praktické dovednosti v poskytování psychologických intervencí a mohou být zařazeni do SPISu svého kraje. Certifikát je platný v celé České republice.

5.2 Využívání psychologických intervencí

V době psaní mé bakalářské práce nešlo využívat psychologických intervencí plošně ustavit a vyžadovat. Z hlediska legislativy stále v našem resortu neexistovala platná norma, která by problematiku ošetřovala. Zdravotnické záchranné služby jednotlivých krajů a územních středisek sice měly ucelenější systémy péče, avšak aktivity se různily. Průlomem v pozitivním slova smyslu je fakt, že témata psychologických intervencí, syndromu vyhoření u záchranářů a příběhů s tím spojených se stávají tématem zmiňovaným na různých zdravotnických konferencích, a že s platností Zákona o ZZS budou PIS povinností. Začátkem úspěchu je do jisté míry ta skutečnost, že si sami začínáme uvědomovat problém a sami vyhledáme pomoc. Bohužel, stále ještě do značné míry převažuje mýtus o tom, že přiznáním problému mezi svými kolegy nebo nadřízenými se dopouštíme jakého si slabošství, či psychického selhání.

5.2.1 Intervenční programy

Intervenční programy jsou vedeny individuálně nebo skupinově vždy po vypjaté mimořádné události, při které se předpokládá, že může dojít u pomáhajících ke vzniku

akutní stresové reakci. Jsou zpravidla organizovány ve spolupráci s psychologem a vedením zdravotnické záchranné služby. Jedná se o specifický soubor opatření a metod, určených pro konkrétní skupinu osob (záchranářů, zdravotnických pracovníků) nebo jednotlivce. V našem případě pro profesionály, kteří v zaměstnání prošli kritickou událostí a kteří potřebují podporu při dlouhodobé zátěži (lékaři, záchranáři, sestry, řidiči, management, operátoři).

5.2.2 Preventivní programy

Preventivní programy jsou zaměřeny na nácvik komunikace, nácvik zvládnání stresu a řešení krizových situací. Významným činitelem jsou různá taktická cvičení s nácvikem likvidace následků hromadných neštěstí a katastrof. Semináře pořádané zdravotnickými záchrannými službami, kde mají lékaři i nelékaři možnost využít psychologických tréninků vypjatých situací.

5.2.3 Způsoby udržení si psychické rovnováhy

Abychom byli schopni si udržet psychickou rovnováhu i přes náročnost našeho povolání, je třeba si jasně uvědomit rizikové faktory, kterým jsme vystaveni. Na první místo lze zařadit vysokou pracovní zátěž. Tuto vysokou pracovní zátěž můžeme zvládat, pokud budeme pravidelně provádět kondiční cvičení a budeme mít dostatečnou podporu okolí (nejčastěji rodina). Fyzicky zdatný jedinec je odolnější proti působení stresových faktorů. V mnoha případech jsou záchranáři a obecně pomáhající profese vnímání svým okolím právě přes své zaměstnání. Naučme se oddělovat svůj soukromý život od pracovního. Zloději energie na každého jedince čekají na každém rohu, ale je jen na nás samotných, jak se k dané situaci postavíme. Nádhernou ukázkou je pavouk Christiana Stocka, ve kterém se sami označíme ve středu a zakreslíme všechny podněty, které nám energii dávají a naopak, zdroje, které nám energii odebírají. Až paradoxně zjistíme, že v převážné většině převažuje odběr energie. Relaxace a cvičení, naučme se odpočívat ať již pasivně nebo aktivně. Pravidelným relaxačním cvičením v podobě autogenního tréninku, jógy nebo meditace se dopracujeme k psychické vyrovnanosti, duševní svěžesti, snížení svalového tonu, úpravy krevního tlaku a tepové i dechové frekvence, snížíme spotřebu kyslíku a zvýšíme práh vnímání [STOCK, CH 2010, str. 62].

PRAKTICKÁ ČÁST

6 PŘEDVÝZKUM

Jak jsem již zmínila v úvodu své bakalářské práce, praktickou částí mé bakalářské práce je kvantitativní výzkum, jehož součástí je i předvýzkum.

6.1 Metoda předvýzkumu

Vypracovala jsem anonymní dotazník, který obsahuje v úvodní části základní údaje o respondentovi. Následuje deset otázek, které jsou uzavřené, polootevřené i otevřené. Otázky označené velkými písmeny jsou doplňující otázky. Z jejich vyhodnocení získám informaci, zda dotazník respondentům vyhovoval a jestli jeho variantu mohu použít i pro samotný výzkum. Tento první dotazník je součástí příloh.

6.2 Výzkumné prostředí

Dotazníky jsem rozdala před zahájením provozní porady na našem pracovišti všem přítomným řidičům, sestřám a lékařům. Jedná se o pracovníky třech výjezdových stanovišť oblasti Nymburk.

6.3 Popis vlastního výzkumu

Vzhledem k tomu, že jsem v roce 2007 prováděla v této oblasti šetření na výskyt syndromu vyhoření a výstupy tohoto šetření mne neuspokojily, neboť se jednalo o kolektivní vyplňování dotazníku, nenechala jsem tentokrát nic náhodě a každého respondenta jsem osobně oslovila a vrácený anonymní dotazník ihned uschovala tak, aby nebyl dostupný třetí osobě.

6.4 Závěr předvýzkumu

Anonymní dotazník obdrželo třicet respondentů, návratnost dotazníků byla 100%. 16 respondentů byli muži a 14 ženy. Skupinu lékařů tvořilo 6 respondentů, nelékařských zdravotnických pracovníků bylo 24, z čehož polovina (12) pracovníků bylo na pozici řidič-záchranář. Věkové rozhraní respondentů jsem rozdělila do pěti kategorií a délku praxe do šesti kategorií. Výsledky jsou v tabulce č. 3 a 4. Zde je potřeba zmínit, že se jedná o práci s velmi malými statistickými čísly, avšak k vyhodnocení dotazníku k dalšímu výzkumnému šetření je tento vzorek z mého

pohledu plně dostačující. Toto šetření bylo přínosné, neboť jsem získala možnost ověření srozumitelnosti otázek. Na základě výsledků jsem dotazník k hlavnímu výzkumnému šetření přepracovala a některé otázky nesouvisející s hypotézami vynechala a naopak některé doplnila.

7 VÝZKUM

Kvantitativní výzkum jsem zahájila koncem měsíce října loňského roku. Nejprve jsem písemně požádala hlavní sestru Územního střediska zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje o souhlasné stanovisko ke sběru dat v dané oblasti. Telefonicky jsem se spojila s mluvčí Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje a ve spolupráci s vedoucím bakalářské práce panem doktorem Hrdličkou rozeslala dotazník na jednotlivá pracoviště zdravotnických záchranných služeb.

7.1 Metoda výzkumu

K vlastnímu výzkumu jsem použila upravený anonymní dotazník. Údaje o respondentech se vztahovaly pouze k pracovní pozici a zdravotnické záchranné službě. Při hodnocení některých otázek měli respondenti možnost využít škálu, jako při hodnocení ve škole. Některé otázky zahrnovaly pouze odpovědi ano a ne. U některých otázek měli respondenti možnost výběr variant. Ostatně to vyplývá z dalších statí mé bakalářské práce.

7.2 Výzkumné prostředí

Dotazníkového šetření se účastnili zaměstnanci středočeské a plzeňské zdravotnické záchranné služby. Jednalo se o respondenty pracující ve výjezdových skupinách různých výjezdových stanovišť. Růzností mám na mysli oblastní odlišnosti, jak již v počtu výjezdů, tak v neposlední řadě i jejich charakteru. Záměrně jsem do tohoto šetření nezahrnula pracovníky operačních středisek, neboť náročnost jejich práce je diametrálně odlišná. Skupinu respondentů tvořili NLZP a lékaři.

7.3 Popis vlastního výzkumu

Zde bych velice ráda zmínila, že v první fázi jsem se pokusila dotazník rozeslat na jednotlivá stanoviště ZZS, ale vzhledem k tomu, že každý respondent byl nucen dotazník uložit, otevřít ve svém vlastním počítači a vyplněný opět uložit a zaslat zpět

na moji emailovou adresu, byla návratnost dotazníků minimální. V písemné formě byla návratnost dotazníků pouze na stanovištích, která jsou pouze v naší oblasti. Bylo nezbytné, přistoupit k jiné formě rozeslání dotazníku. Vytvořila jsem tedy internetový odkaz a do něj vložila příslušný dotazník a poté rozeslala a vyhodnotila jednotlivé otázky. V úvodu rozeslání dotazníku přes internetový odkaz byla okamžitá návratnost a data se velice pěkně shromažďovala. Následně cca po třech týdnech došlo k mírné stagnaci. Využila jsem možnost komunikace přes sociální síť facebook a oslovila respondenty ÚSZS SK, aby na svých stanovištích požádaly o spolupráci kolegy a kolegyně, kteří se k odkazu nedostali.

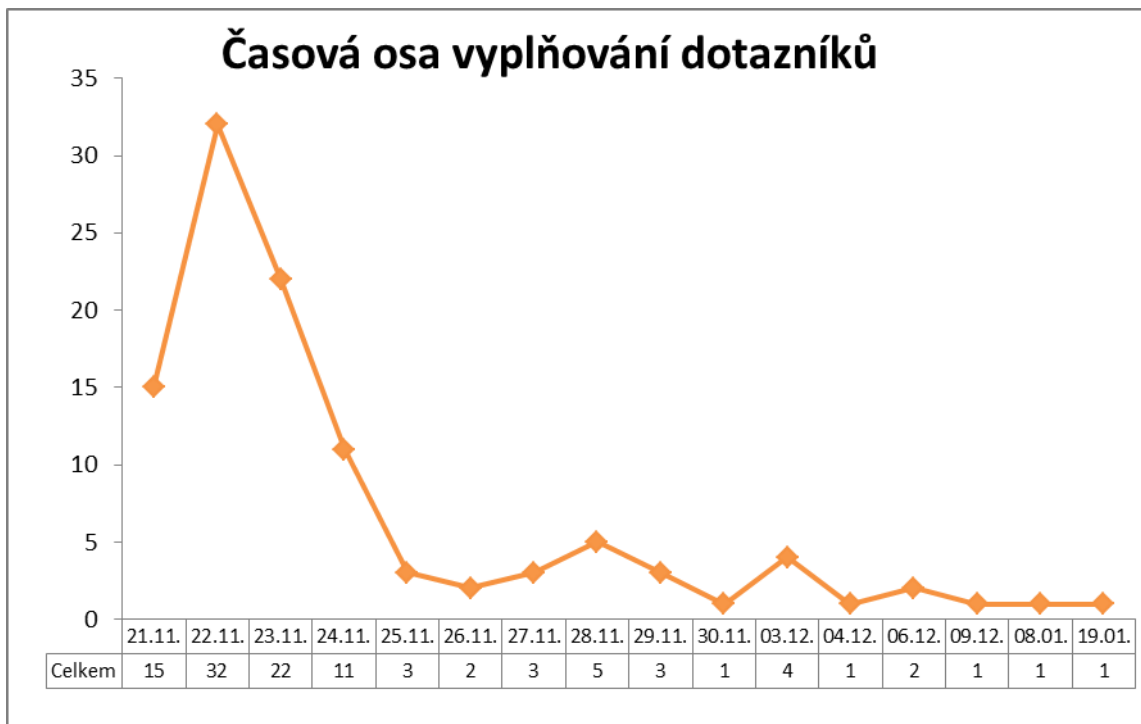
7.4 Výzkumné otázky

1. Vaše současná pracovní pozice je?
2. V kterém územním středisku zdravotnické záchranné služby pracujete?
3. Které faktory Vás při Vaší práci nejvíce stresují?
4. Vypjatý výjezd pro Vás představuje?
5. Cítíte se společensky doceněni?
6. S přemírou stresu bojujete?
7. Po vypjatém výjezdu přemýšlíte o práci i doma?
8. Víte, kdo je peer?
9. Máte možnost na Vašem pracovišti využívat peerské pomoci?
10. Využíváte možnosti pravidelných psychologických intervencí na Vašem pracovišti?
11. V případě možnosti aktivní spolupráce s peery byste ji využil(a)?
12. Která z uvedených intervencí je na Vašem pracovišti preferována?

7.5 Interpretace výsledků dotazníkového průzkumu

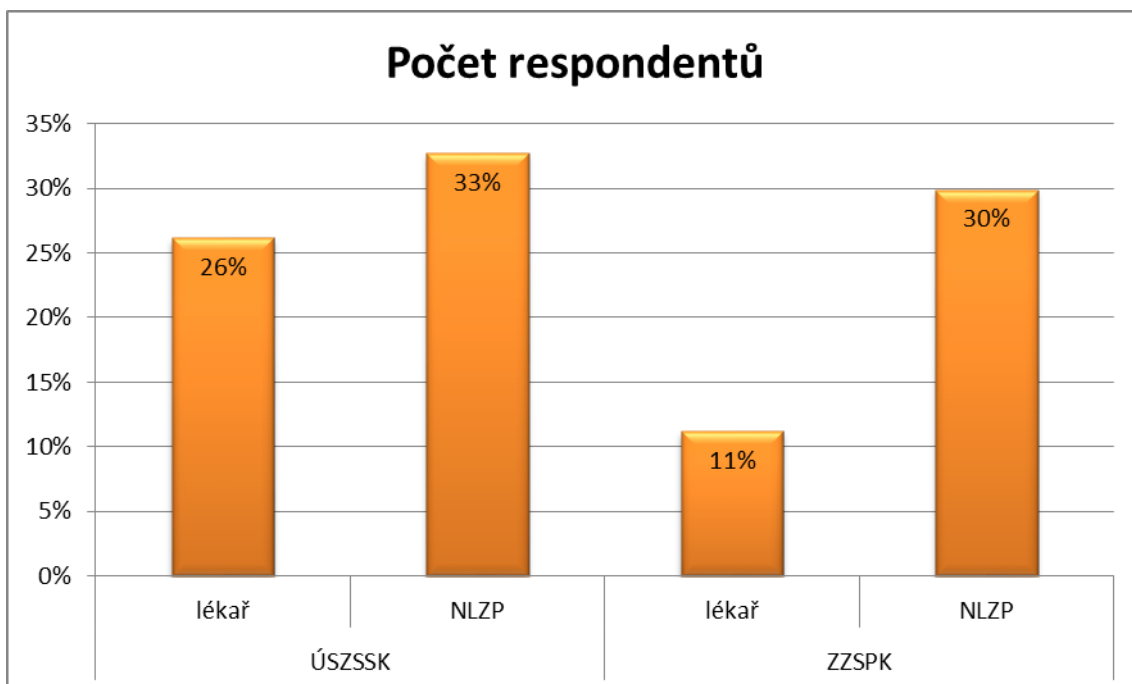
Výsledky dotazníkového šetření jsem zpracovala v grafické podobě s procentuálním vyčíslením. Nedílnou součástí všech grafů je slovní vyhodnocení. Závěry dotazníkového šetření vedly k potvrzení či vyvrácení mnou stanovených hypotéz.

7.6 Vyhodnocení jednotlivých otázek



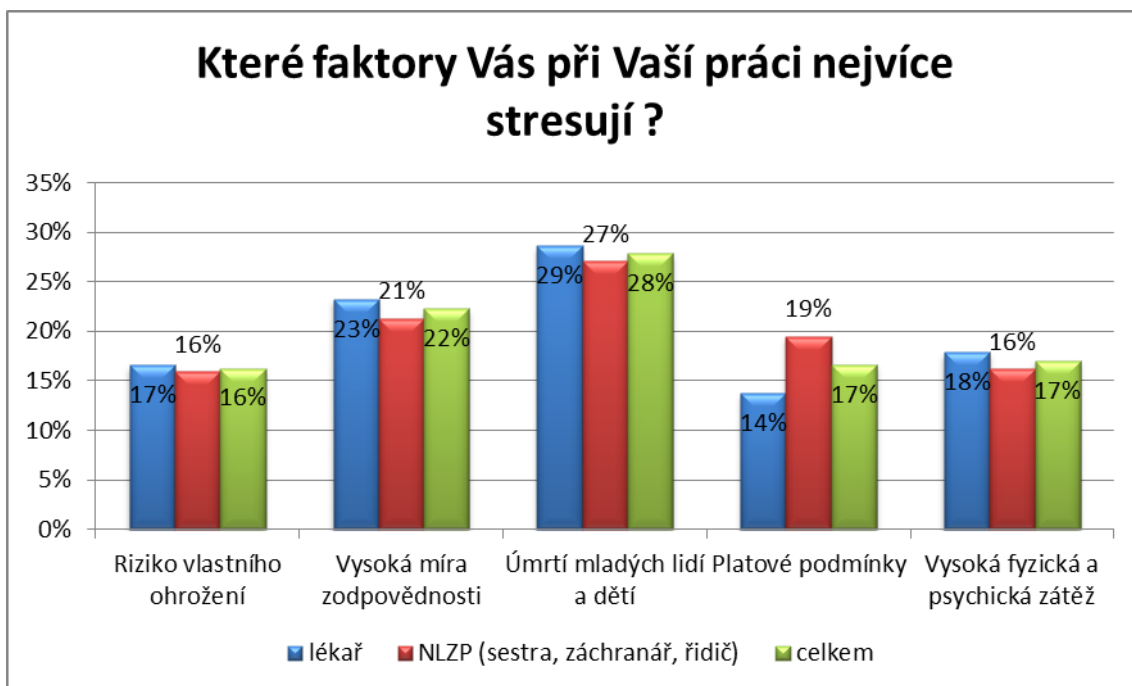
graf č. 1 - časová osa vyplňování dotazníků

Graf číslo 1 je vyjádřením časového harmonogramu vyplňování dotazníků od jednotlivých respondentů. Pomocí internetového odkazu jsem dotazníky rozeslala dvacátého prvního listopadu ve večerních hodinách. Výrazný vzestup následující den přikládám faktu, že jedním z prvních úkonů pracovního dne je otevření emailové schránky. Po třech dnech dochází k sestupné tendenci a následné stagnaci ve vyplňování dotazníku. Osmého ledna byl celkový počet respondentů sto sedm, ukončila jsem tedy výzkumné šetření a zahájila zpracování otázek a odpovědí.



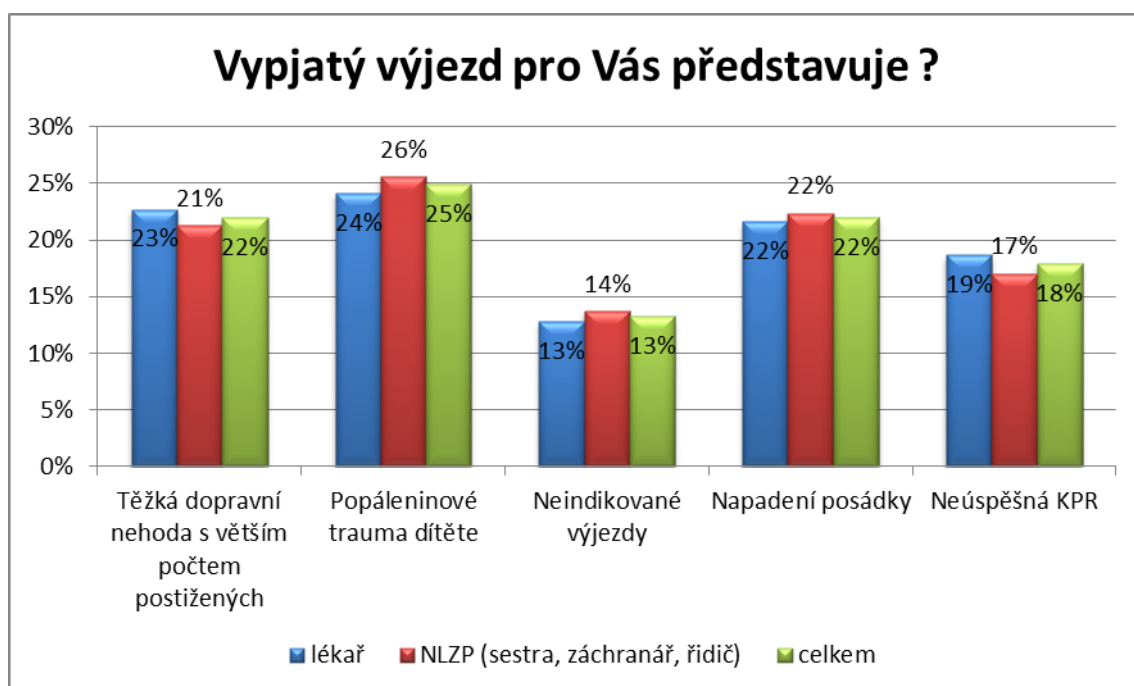
graf č. 2 – počet respondentů

Graf číslo 2 znázorňuje skupiny respondentů z řad lékařů a nelékařů jednotlivých zdravotnických záchranných služeb. Vyšší počet z celkové skupiny respondentů tvoří NLZP zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje oproti NLZP zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. Skupina lékařů ZZSPK činí o 15% méně než lékařů ÚSZSSK.



graf č. 3 – Které faktory Vás při Vaší práci nejvíce stresují?

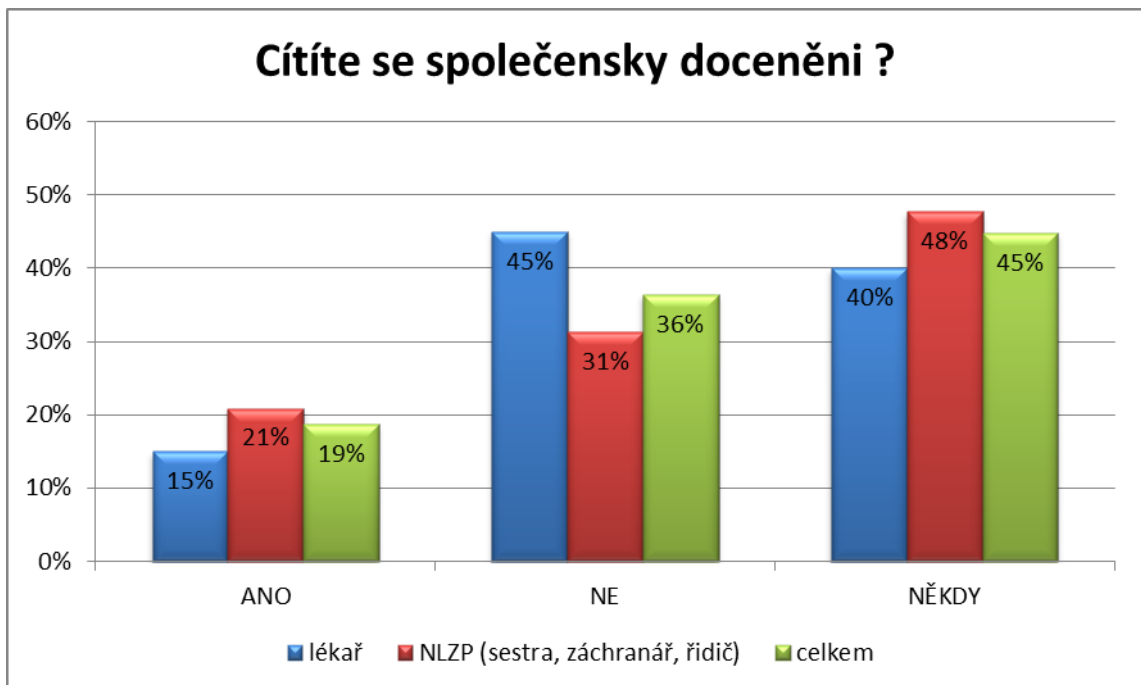
Grafické znázornění v grafu číslo 3 vede k odpovědi na třetí otázku. Zde byla respondentům nabídnuta možnost vyhodnotit vliv stresových faktorů ve škále od jedné do pěti, kdy číslo pět představuje nejvyšší míru stresu pro daného jednotlivce. Otázka zahrnovala pět možností odpovědí s příslušnou škálou. Z analýzy vyplývá, že úmrtí mladých lidí a dětí považují obě skupiny za nejvíce stresující faktor. Další pozici zaujímá vysoká míra zodpovědnosti u obou skupin respondentů. V hodnocení dalšího stresového faktoru se skupiny rozcházejí. U NLZP převažuje na třetí pozici platové ohodnocení, zatím co skupina lékařů vyhodnotila na třetí pozici vysokou fyzickou i psychickou zátěž. NLZP vysokou fyzickou a psychickou zátěž vnímají jako čtvrtý stresor společně s rizikem vlastního ohrožení. Skupina lékařů na předposlední čtvrtou pozici zařadila riziko vlastního ohrožení a na poslední pozici platové ohodnocení. Touto otázkou se nepotvrdila první stanovená hypotéza, protože lékaře stresuje úmrtí mladých lidí více než nelékaře.



graf č. 4 – Vypjatý výjezd pro Vás představuje?

Ve čtvrté otázce jsem se ptala respondentů, jaký výjezd považují za vypjatý. Opět i zde byla respondentům nabídnuta možnost pěti odpovědí s možností známkování jako ve škole a i zde hodnocení pět představovalo nejvypjatější výjezd. Při vyhodnocování této otázky jsem sama byla překvapena výsledkem. Obě skupiny na první místo zařadily popáleninové trauma dítěte. V další možné variantě skupina NLZP hodnotí jako vypjatý

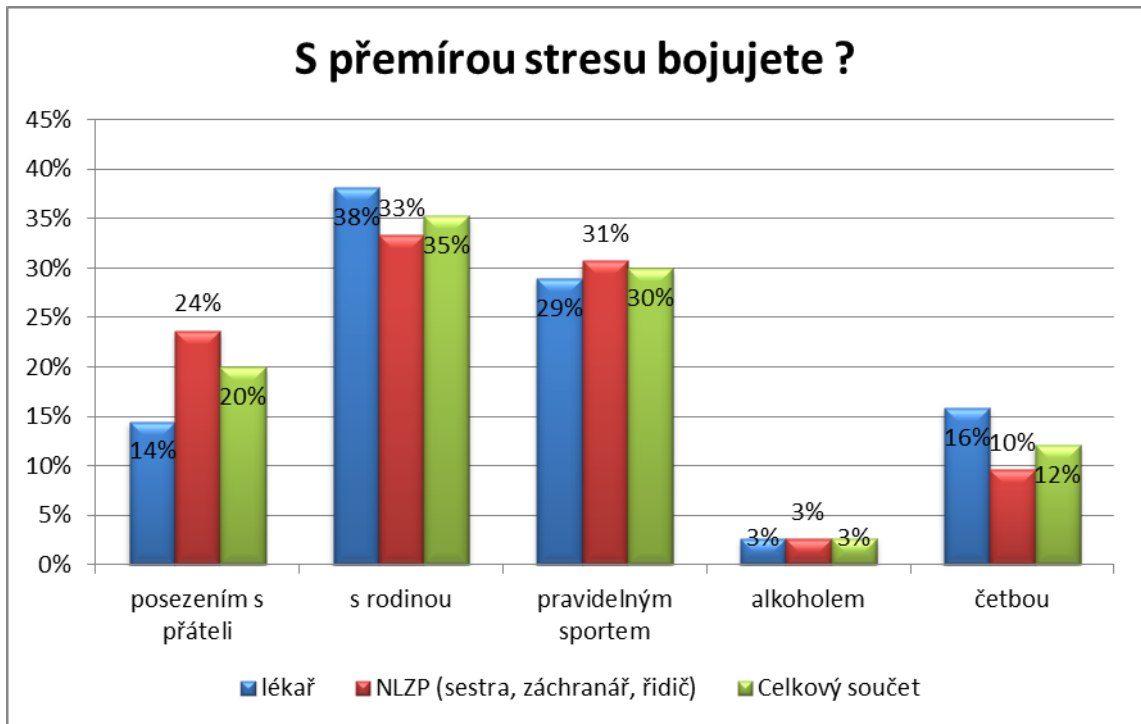
výjezd, ten kde je pravděpodobná možnost napadení posádky. Oproti tomu skupina lékařů na druhé místo řadí výjezd k dopravní nehodě s větším počtem zraněných. Přesto že k této otázce nebyla stanovena hypotéza, považují za důležité zde zmínit tu skutečnost, že skupina nelékařů riziko vlastního ohrožení řadí na poslední místo (viz předchozí graf). Avšak v okamžiku, kdy přijímají výzvu například k napadení, potyčce v restauraci apod. vnímají možné riziko napadení velice intenzivně a řadí ho na druhou pozici v případě vypjatých výjezdů. I výsledek skupiny lékařů je do značné míry logickým vplynutím, neboť lékař na místě větší dopravní nehody provádí třídění raněných a jeho míra zodpovědnosti zde převyšuje míru zodpovědnosti při běžných výjezdech k jednotlivým pacientům. Předposlední a poslední místo zaujímá neúspěšná resuscitace a neindikované výjezdy.



graf č. 5 – Cítíte se společensky docenění?

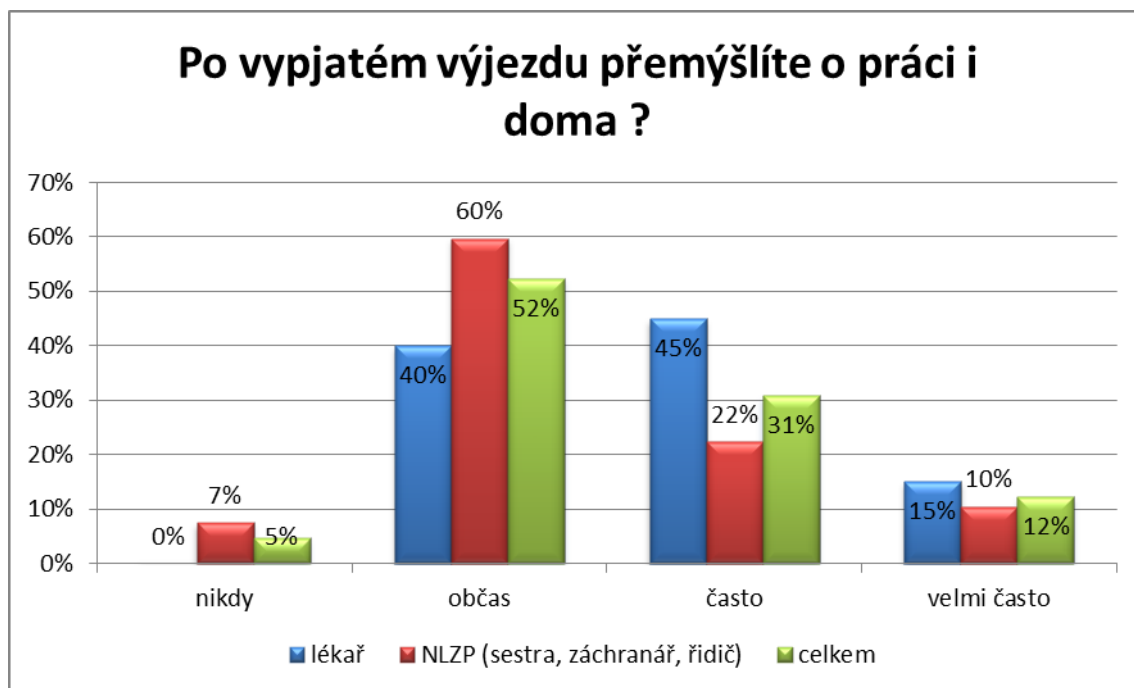
Graf číslo5 je grafickým vyjádřením, jak obě skupiny vnímají společenské docenění. Lékaři se z pětačtyřiceti procent cítí být společensky nedocenění, čtyřicet procent lékařů někdy ano a někdy ne. Patnáct procent lékařů se cítí společensky doceněno. Ve skupině NLZP převažuje v osmačtyřiceti procentech respondentů odpověď někdy, v jednatřiceti procentech se respondenti cítí společensky docenění a jednadvacet procent se cítí být společensky doceněno. Jsem přesvědčena, že odpovědi na tuto otázku jsou do jisté míry ovlivněny momentálním psychickým rozpoložením

jednotlivých respondentů. A nutno zmínit, že v případě, že bych prováděla podobný výzkum, tak bych s největší pravděpodobností tuto otázku z dotazníku vyřadila.



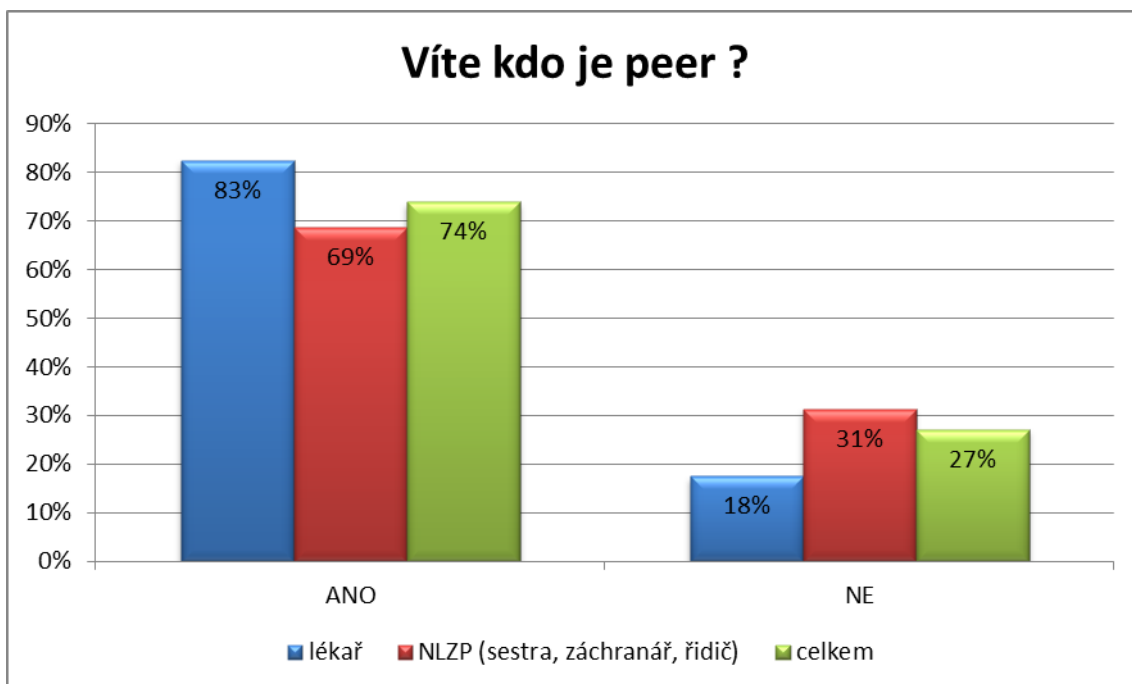
graf č. 6 – S přemírou stresu bojujete?

Graf číslo 6 vede k odpovědi na šestou otázku. Zajímalo mne, jakým způsobem obě skupiny respondentů bojují s přemírou stresu. Z grafu vyplývá, že největší skupina využívá rodinného prostředí, sport a posezení s přáteli. V otázce alkoholu nelze přesně hodnotit, zda se nejedná o sociálně žádoucí odpovědi. Zde se názorně potvrdila slova paní doktorky Šeblové, která při přednášce při Pelhřimovském podvečeru zmínila tzv. „stoličku spokojeného života“. Tuto stoličku tvoří sedací deska, představovaná fyzickým zdravím a tři nohy. První nohou je rodina, druhou nohou je práce a třetí nohou je osobní prostor.



graf č. 7 – Po vypjatém výjezdu přemýšlíte o práci i doma?

Graf číslo 7 vede k výsledkům položené sedmé otázky. Padesát dva procent z celkového počtu dotazovaných z obou skupin si občas nese prožitky po vypjatém výjezdu domů. V šedesáti procentech se toto dotýká NLZP a ze čtyřiceti procent lékařů. Z grafického znázornění je nadále patrné, že skupina lékařů až ve čtyřiceti pěti procentech zvolilo variantu často, oproti nelékařským zdravotnickým pracovníkům. Velmi často doma o práci po vypjatém výjezdu přemýšlí patnáct procent lékařů a deset procent nelékařských zdravotnických pracovníků. Každý z nás vnímáme prožitky z výjezdů jinak, jak již je zmíněno v teoretické části předkládané bakalářské práce, jsou naše prožitky ovlivňovány našimi osobnostními rysy. Očekávala jsem, že varianta nikdy nebude zvolena ani u jedné z oslovených skupin respondentů. Zde mne překvapil výsledek, že sedm procent respondentů z nelékařské skupiny nikdy nepřemýšlí po vypjatém výjezdu o práci doma. Je patrné, že zpravidla všem respondentům se stane, že pracovní den pro ně „nekončí“ ukončením pracovní doby, ale že ve svých myšlenkách tyto prožitky nějakým způsobem zpracovávají, vyhodnocují a „dělají si tzv. pořádek v hlavě“ i po pracovní době.



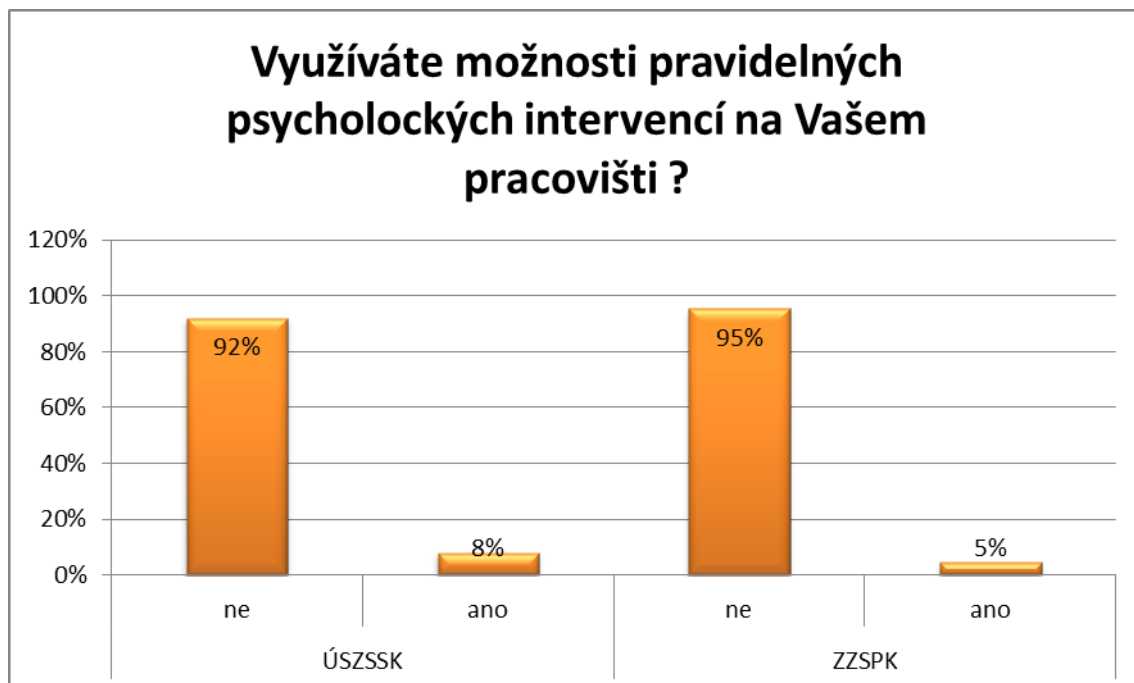
graf č. 8 – Víte kdo je peer?

Při vyhodnocování dotazníkového šetření u výsledků osmé otázky jsem vnímala radostný pocit, při zjištění, že z obou skupin respondentů je vysoký počet těch, kteří vědí, kdo je peer. Je tedy zřejmé, že informovanost o možné peerské pomoci v podvědomí nelékařských zdravotnických pracovníků i lékařů zdravotnických záchranných služeb panuje. Podívejme se v následujících grafech, jestli toto vědění je dostatečně využíváno.

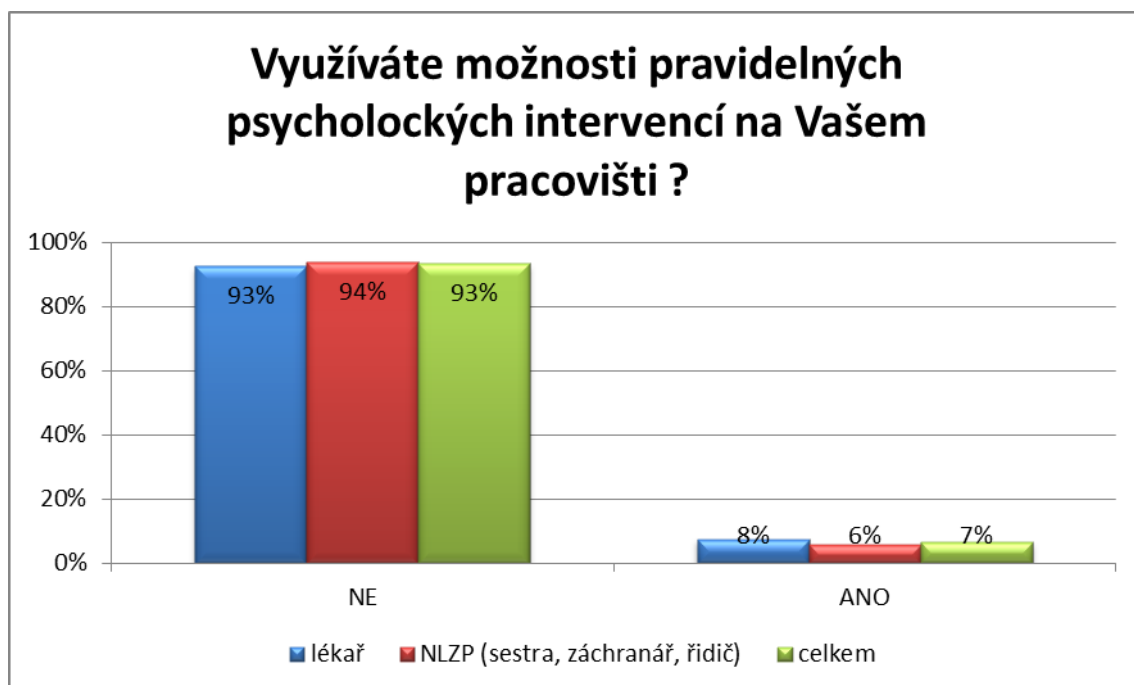


graf č. 9 – Máte možnost na Vašem pracovišti využívat peerské pomoci?

Graf číslo 9 je vyhodnocením deváté otázky. Při vyhodnocení této otázky jsem nerozdělovala skupinu respondentů na lékaře a nelékaře, ale pouze na skupinu z ÚSZSSK a ZZSPK. Z grafu je patrné, že výsledek odpovědí na tuto otázku vede k potvrzení třetí stanovené hypotézy.

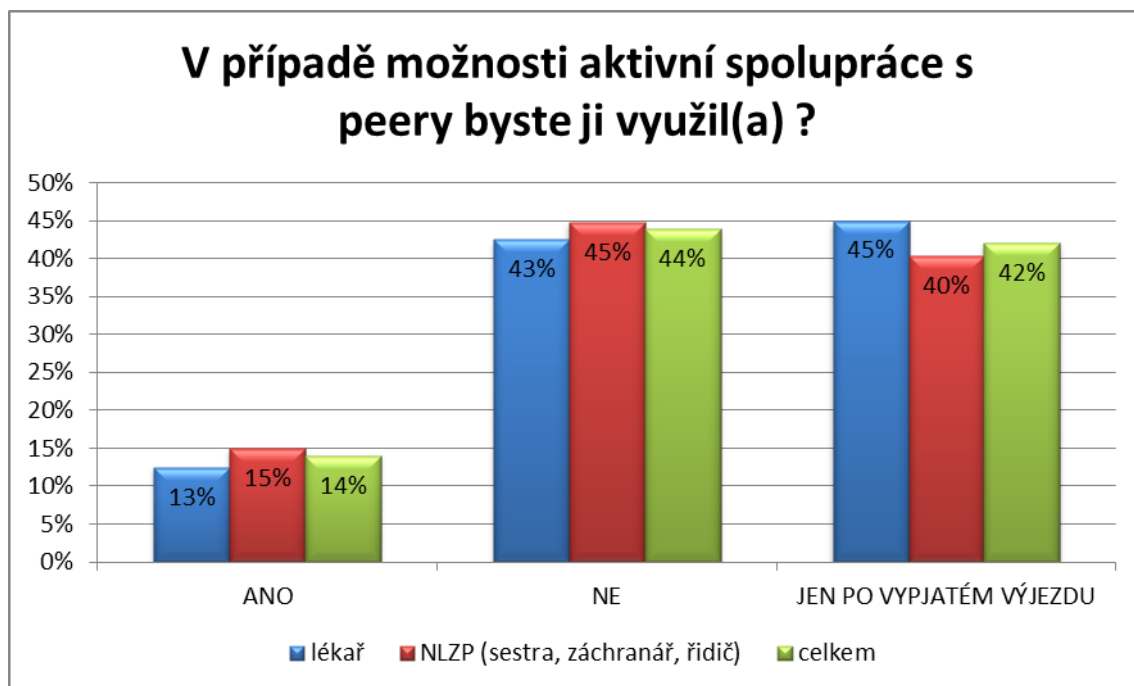


graf č. 10a – Využíváte možnosti pravidelných psychologických intervencí na Vašem pracovišti?



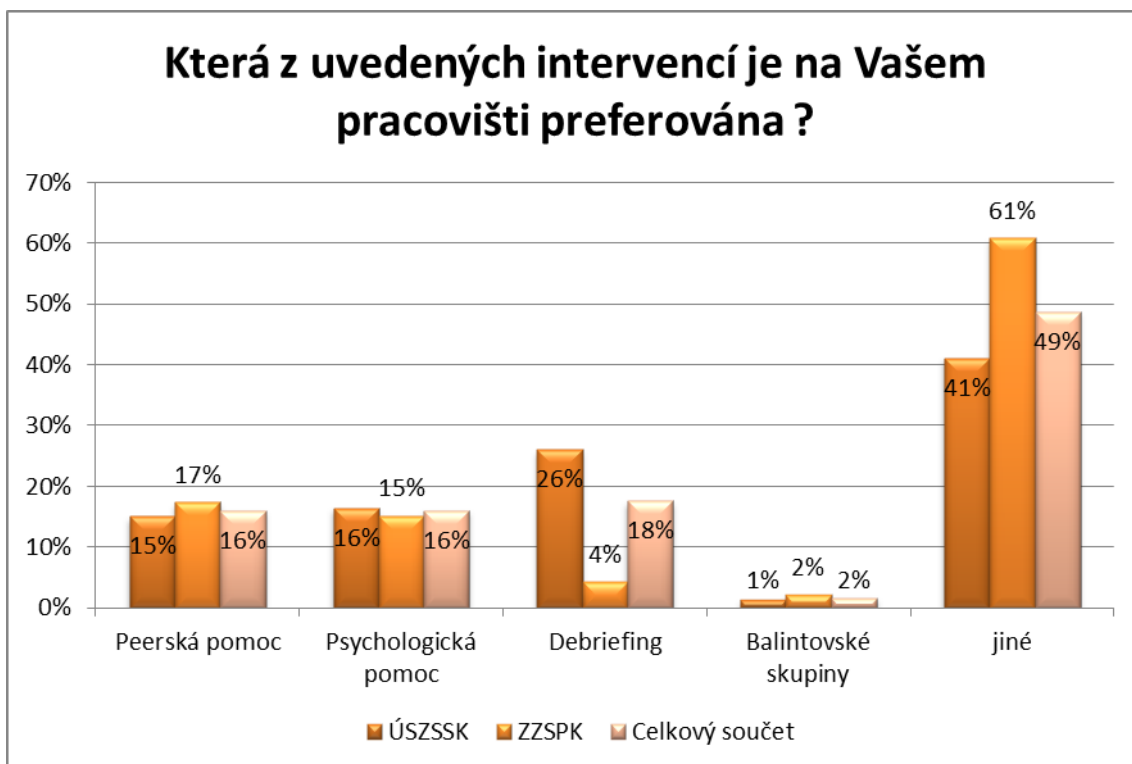
graf č. 10b - Využíváte možnosti pravidelných psychologických intervencí na Vašem pracovišti?

V grafu číslo 10a jsou vyhodnoceny výsledky desáté otázky s ohledem na územní pracoviště zdravotnických záchranných služeb obou zmiňovaných krajů. Pravidelných psychologických intervencí na pracovišti využívá minimální počet respondentů obou ZZS. Graf číslo 10b vyjadřuje využívání psychologických intervencí na pracovištích skupinou lékařů a NLZP bez ohledu na místo působiště. Zároveň nám slouží k vyvrácení druhé stanovené hypotézy. Neboť z těsných výsledků vyplývá, že nepatrně větší množství lékařů využívá psychologických intervencí na pracovišti.



graf č. 11 – V případě možnosti aktivní spolupráce s peery byste ji využil(a)?

Jedenáctá otázka nás informuje o zájmu využití peerské pomoci. Z dotazníkového šetření vyplývá, že čtrnáct procent z celkového počtu respondentů by možnost aktivní spolupráce s peery využilo. Čtyřicet čtyři procent by možnost aktivní spolupráce s peery nevyužilo a ve čtyřiceti dvou procentech by spolupráci s peery využilo pouze po vypjatém výjezdu.



graf č. 12 – Která z uvedených intervencí je na Vašem pracovišti preferována?

Při dotazníkovém šetření jsem položila poslední otázku, která z uvedených intervencí je na Vašem pracovišti využívána. Vyhodnocení znázorňuje graf číslo 12. Při analýze výsledků jsem došla k závěru, že nabídnutí varianty „jiné“, bylo z mé strany chybné. Tato otázka měla být doplněna o slovní odpověď jaké a respondent měl mít možnost vypsání dané intervence. Z výsledků grafu vyplývá, že ve Středočeském kraji je vedle blíže nespecifikovaných možností nejvíce využíván debriefing následován psychologickou a peerskou pomocí. Oproti tomu v Plzeňském kraji je po blíže nespecifikovaných možnostech nejvíce využívána peerská pomoc, dále psychologická pomoc a debriefing. Balintovské skupiny v obou krajích jsou zastoupeny minimálně.

8 HYPOTÉZY

H1: Domnívám se, že nelékařští zdravotničtí pracovníci zdravotnických záchranných služeb jsou oproti lékařům nejvíce stresováni úmrtím mladých lidí a dětských pacientů.

H2: Domnívám se, že nelékařští zdravotničtí pracovníci ve výjezdových skupinách ZZS využívají psychologické intervence častěji než lékaři pracující ve výjezdových skupinách ZZS.

H3: Předpokládám, že větší povědomí o možnosti využití peerské pomoci na svém pracovišti mají pracovníci územního střediska záchranné služby Středočeského kraje oproti pracovníkům zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje.

8.1 Zhodnocení hypotéz

H1: První hypotéza nebyla potvrzena

H2: Druhá hypotéza nebyla potvrzena

H3: Třetí hypotéza byla potvrzena.

9 DISKUZE

Zpracování bakalářské práce na téma možnosti psychologických intervencí u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb pro mne představovalo nemalé úsilí, neboť jsem z počátku netušila, jakou formu zvolit. Jsem přesvědčena, že aktuálnost tohoto tématu je do té míry vysoká, že jistě již bylo a bude na toto téma napsáno mnoho. Inspirací mi byl citát Umberta Eca *„Dobrý badatel je člověk, který vchází do knihovny a nemá nejmenší ponětí o tématu své práce, a pak z ní vychází a je mu do značné míry jasno“*.

Cílem, ale nebylo opisovat odbornou literaturu a popisovat do hloubky jednotlivé stresující faktory či konkurovat renomovaným psychologům. Cílem bylo nastínit práci záchranářů a lékařů a zmínit možnosti použití psychologických intervencí. Praktická část předložené bakalářské práce je prací výzkumnou. Provedeným výzkumem jsem chtěla zjistit, do jaké míry nás ovlivňují jednotlivé situace při výjezdech, jaký je rozdíl z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků a lékařů. Zjistit jestli pracovníci výjezdových skupin využívají psychologické pomoci, jak často a jakého charakteru. Jestli vůbec mají o nějakou formu psychologické pomoci zájem.

Při výkonu svého povolání se často setkávám s kolegy, kteří jsou ovlivněni stresovými faktory. Nezřídka jsem se za svou sedmnáctiletou praxi na záchranné službě setkala s kolegy, kteří by psychologickou pomoc nejen potřebovali, ale snad by ji měli mít i povinnou. Jejich chování již vykazovalo známky syndromu vyhoření a spolupráce s nimi byla obtížnější.

Domnívám se, že největší problém pro lékaře i NLZP představuje uvědomění si, že něco není v pořádku. Právě z provedeného šetření je zřetelné, že lékaři i nelékaři zdravotnických záchranných služeb velmi zřídka požádají o pomoc. Pokud jím je konkrétní pomoc nabídnuta, tak ji využijí, ale aktivní vyhledání pomoci je ve velmi málo případech. Převážně bojujeme s přemírou stresu s rodinou, odpočinkem při sportu, posezení s přáteli. Krokem v před je peerská pomoc, možnost využití SPIS, jehož mottem je „srdce připravené porozumět, uši ochotné naslouchat“. Sama jsem v praxi měla možnost dvakrát využít peerskou pomoc. Poprvé po vypjatém výjezdu k popáleninovému traumatu u dítěte a podruhé při výjezdu, kdy jsem měla pocit osobního profesního selhání. V druhém případě mi peerem byla paní doktorka Jana Šeblová, která mi peerskou pomocí velice pomohla a dokázala mi tím, že psychologická intervence, peerská pomoc neboli ucho, které naslouchá je lepší řešení než alkohol, pláč či útěk do nemoci.

Již v kapitole 4.2.3 o udržení si psychické rovnováhy zmiňuji obecně, některé ze zásad. Obecným opatřením je umění naslouchat. Pokud jsme na pozici vedoucích pracovníků, starejme se o duše svých záchranářů a lékařů. Motivujme, povzbuzujme a chvalme. Stejně, tak pokud pozorujeme změny chování a nálad nabídněme včasnou pomoc.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma možnosti psychologických intervencí u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb je svým charakterem prací výzkumnou. Výzkumné šetření jsem provedla ve spolupráci s respondenty dvou krajských středisek zdravotnické záchranné služby. Zpracování této bakalářské práce mi potvrdilo, že problematika psychosociálních intervencí a jejich využívání u zaměstnanců zdravotnických záchranných služeb stále vykazuje velké rezervy. Nelékařští zdravotničtí pracovníci i lékaři výjezdových skupin, na které byl tento výzkum zaměřen, pracují ve stresovém prostředí, které je ovlivněné řadou negativně působících

stresových faktorů. A je žádoucí umět s působením stresu zacházet tak, aby syndrom vyhoření zasáhl co nejmenší procento pracovníků. Je zřejmé, že v povědomí obou zmiňovaných skupin došlo k nárůstu informací s propagací i zaváděním psychosociální pomoci, ať již ve formě pomoci peerské či jiné. Stále však jen nízké procento aktivně pracujících záchranářů využívá tuto pomoc dostatečně. V nově schváleném zákoně o zdravotnické záchranné službě je již stanoveno, že součástí struktury zdravotnické záchranné služby musí být psycho-intervenční pomoc. Jsem přesvědčena, že je nezbytné naučit nelékařské zdravotnické pracovníky i lékaře výjezdových skupin využívat tuto pomoc.

Položme si dvě zásadní otázky. Zajímá někoho duše záchranáře? Zajímá záchranáře jeho vlastní duše? Dovolím si zde na tomto místě odpovědět. Ano, v našem systému umíme o duši záchranářů pečovat, je možnost využívat psychosociální intervenční pomoci a ze strany managementů zdravotnických záchranných služeb došlo k velkému rozvoji. Oproti tomu u některých záchranářů převládá spousta mýtů o nezranitelnosti duše, o tom, že záchranář je odolný proti všem vlivům a nemá právo se zhroutit. Opak je pravdou. Dokud se sami nenaučíme o svoje duše pečovat, dokud se nenaučíme požádat o pomoc, budou se mezi námi záchranáři, a myslím tím i skupinu lékařů, objevovat kolegové, kteří budou vykazovat známky syndromu vyhoření nebo duševní nepohody.

Každé zpracovávání práce na psychologické téma je do značné míry ovlivněno zkušeností, postoji a charakterovými vlastnostmi autora.

LITERATURA A PRAMENY

1. ECO, U *Jak napsat diplomovou práci*. 1. Vydání, Votobia 1997, str.82 ISBN 80-7198-173-7
2. PONĚŠICKÝ, J *Neurózy psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Triton, 1999, 208s. ISBN 80-7254-050-5
3. VODÁČKOVÁ, D *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 544s. ISBN 978-80-7367-342-0
4. SCHMIDBAUER, W *Syndrom pomocníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 240s. ISBN 978-80-7367-369-7
5. CUNGI, CH *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 208s. ISBN 80-7178-465-6
6. VÁGNEROVÁ, M *Psychopatologie pro pomáhající profese* .3. vyd. Praha: Portál, 2004, 872s. ISBN 80-7178-802-3
7. VYMĚTAL, Š *Krizová komunikace a komunikace rizika* 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 176s. ISBN 978-80-247-2510-9
8. STOCK, CH *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout* 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5
9. KEBZA, V; PACLT, I *Strukturovaný vyšetřovací a intervenční postup depresivních poruch v primární lékařské péči: detekce, diagnóza a léčba* Praha: Státní zdravotní ústav, 1999, 71s. ISBN 80-7071-126-4.
10. BARTOŠÍKOVÁ, I; VOŘÍŠEK, R. *Příručka pro nízkoprahové terapeutky*. Brno: Nakladatelství Albert Boskovice, 1998, 76s. ISBN 80-85834-57-X.
11. JANKE, W; EDERMANNOVÁ, G. *Strategie zvládnání stresu*. 1. vyd. Praha: Test-centrum, 2003, 124s. ISBN 80-86471-24-1.
12. RITA ATKINSON, L, et al. *Psychologie*. [s.l.]: Portál, 2003, 752 s. ISBN 8071786403
13. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997, 289 s. ISBN 80-7178-318-8.
14. KANEL, K. *Crisis Intervention*. Fullerton : Brooks/Cole, 2003, 248 s. ISBN 0-534-54794-x.
15. <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/psychosocialni-podpora-zdravotniku-v-krizovych-situacich-463109>
16. <http://www.mvcr.cz/clanek/tema-2010-i-zachranari-jsou-jen-lide.aspx>

17. <http://www.spismz.cz/>

SEZNAM ZKRATEK

CISM	critical incident stress management
LZS	letecká záchranná služba
MEKA	koordináční středisko medicíny katastrof
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník (sestra, zdravotnický záchranář)
PNP	přednemocniční neodkladná péče
RLP	rychlá lékařská pomoc
RV	randez vous systém
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SPIS	systém psychosociální intervenční služby
ÚSZSSK	Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje
ZZS	zdravotnická záchranná služba
ZZSPK	Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

SEZNAM GRAFŮ

graf č. 1 - časová osa vyplňování dotazníků

graf č. 2 – počet respondentů

graf č. 3 – Které faktory Vás při Vaší práci nejvíce stresují?

graf č. 4 – Vypjatý výjezd pro Vás představuje?

graf č. 5 – Cítíte se společensky doceněni?

graf č. 6 – S přemírou stresu bojujete?

graf č. 7 – Po vypjatém výjezdu přemýšlíte o práci i doma?

graf č. 8 – Víte kdo je peer?

graf č. 9 – Máte možnost na Vašem pracovišti využívat peerské pomoci?

graf č. 10a - Využíváte možnosti pravidelných psychologických intervencí na Vašem pracovišti?

graf č. 10b - Využíváte možnosti pravidelných psychologických intervencí na Vašem pracovišti?

graf č. 11 – V případě možnosti aktivní spolupráce s peery byste ji využil(a)?

graf č. 12 – Která z uvedených intervencí je na Vašem pracovišti preferována?

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A: Dotazník (předvýzkum)

PŘÍLOHA B: Grafické zpracování předvýzkumu

PŘÍLOHA C: Dotazník (výzkum)

PŘÍLOHA D: Karta SPIS

PŘÍLOHA A: Dotazník (předvýzkum)

Věk:

21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 60-a více

Pohlaví:

muž, žena

Pozice:

Lékař, NLZP (setra, záchranář), řidič

Praxe:

1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26-30 □

1. Co Vás při výkonu Vaší práce nejvíce stresuje? (více možností)

- platové podmínky
- vysoká fyzická a psychická zátěž
- úmrtí dětí a mladých lidí
- kolektiv
- vysoká zodpovědnost
- jiné – jaké ?

2. Cítíte se společensky doceněná / doceněný?

- Ano
- Ne
- Někdy

3. Víte, kdo je peer?

- Ano
- Ne

4. Máte nějakou vlastní zkušenost s prací peera?

- Velice mi pomohl
- Nemám žádnou zkušenost
- Na našem pracovišti nepůsobí

5. Přemýšlíte o vypjatém zásahu po práci doma?

- Ne
- Občas
- Často
- Velmi často

6. Účastníte se aktivně nějakých psychologických nácviků komunikace či jiných intervencí? (při variantě ano vyberte možnost)

- Ano
- Ne
 - Debriefing
 - Balintovské skupiny
 - Pohovory s psychologem
 - Mitchelův model
 - Dyregrův model
 - Jiné

7. Pečuje management o Vaše duševní zdraví?

- Ano
- Ne

8. Jak bojujete s přemírou stresu?

- s rodinou
- s přáteli
- pravidelně sportuji
- nepřipouštím si jej
- občas si dám alkohol
- jiné – jaké

9. Čím Vás motivuje Váš management?

- finančně formou odměny
- relaxační pobyty
- pochvala a projev uznání
- jiné – jaké

10. Jaký je Váš názor na syndrom vyhoření?

- netýká se mne
- nevím
- nebezpečí

A) Byly pro Vás otázky srozumitelné?

- Ano
- Ne

B) Chyběla Vám zde nějaká otázka? Jaká?

- Ano
- Ne

C) V případě možnosti aktivní spolupráce s peery byste ji využil(a)?

- Ano
- Ne
- jen v případě po vypjatém výjezdu

PŘÍLOHA B: Grafické zpracování předvýzkumu

Identifikační údaje respondentů

21-30	31-40	41-50	51-60	60- a více
2	11	13	3	1

Tabulka 1 věkové kategorie respondentů

Muži	16
Ženy	14

Tabulka 2 pohlaví respondentů

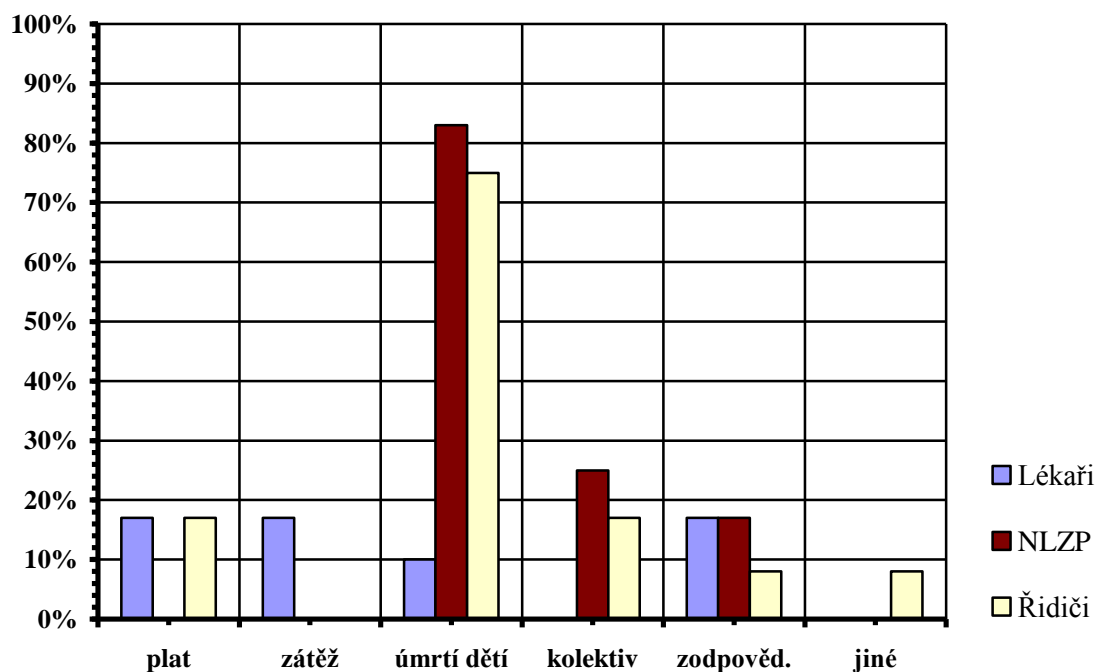
Lékař	6
NLZP	12
Řidič	12

Tabulka 3 pracovní pozice

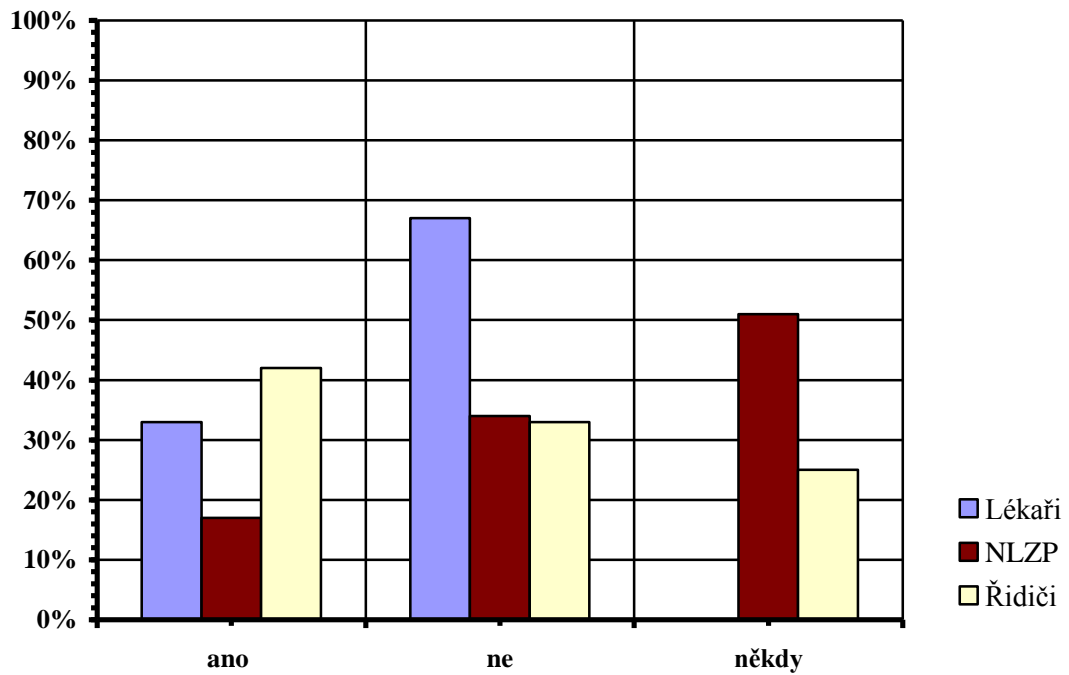
-5	-10	11-15	16-20	21-25	26-30
3	7	3	8	4	5

Tabulka 4 délka praxe v PNP

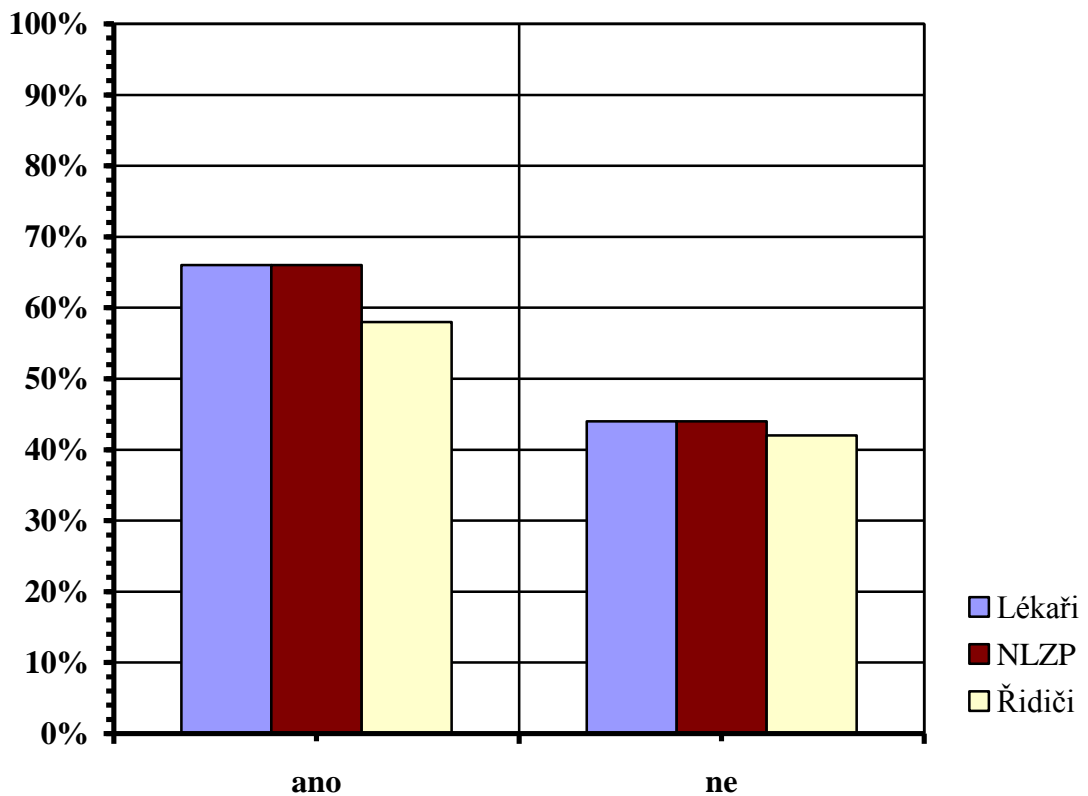
1. Co Vás při výkonu Vaší práce nejvíce stresuje?



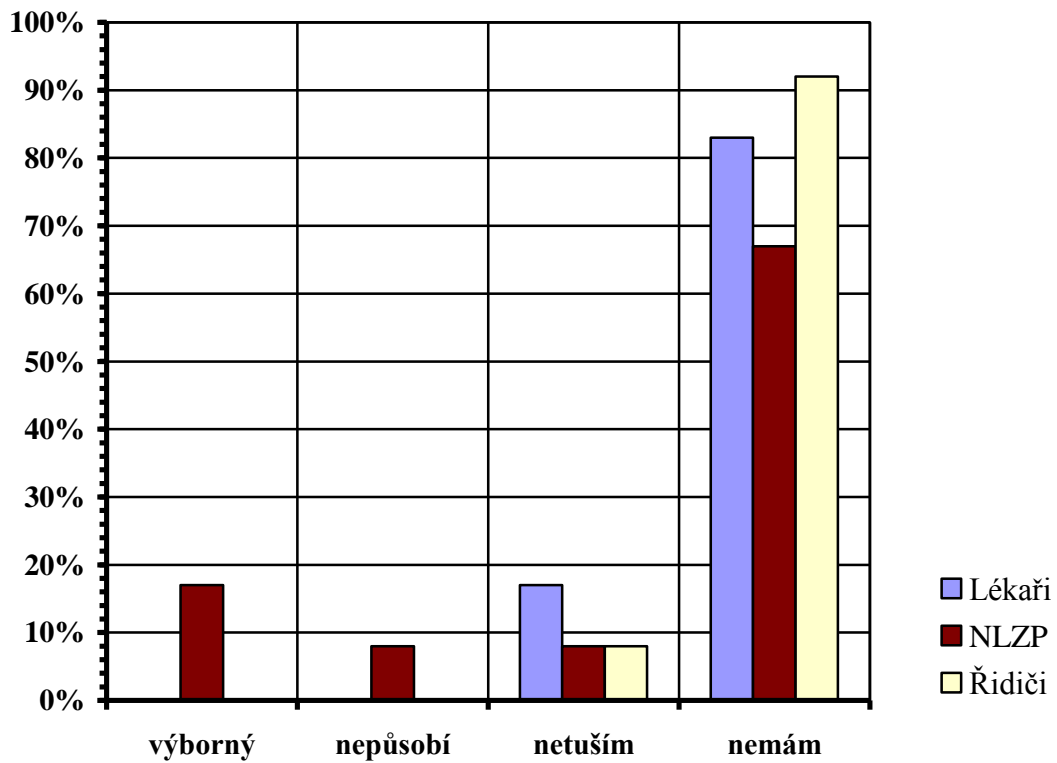
2. Cítíte se společensky doceněná (ný)?



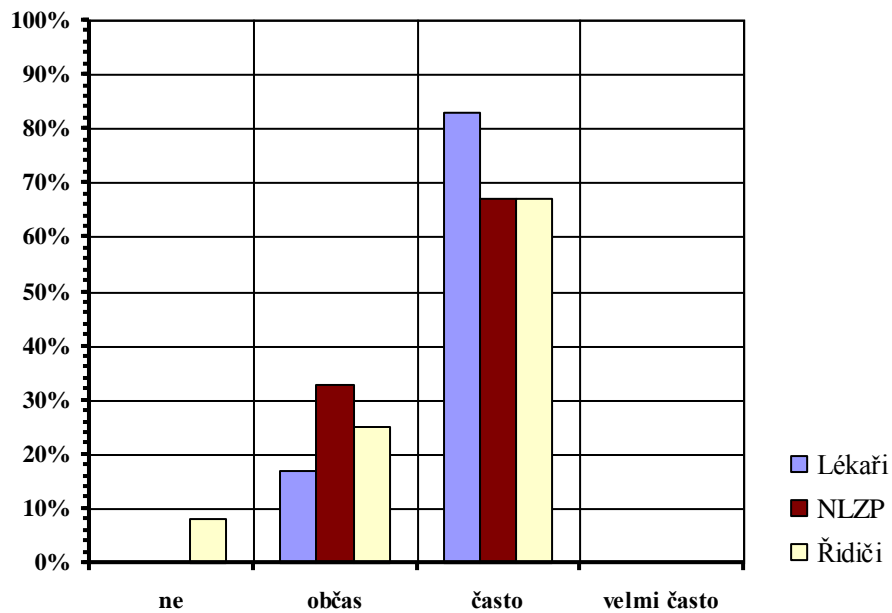
3. Víte, kdo je peer?



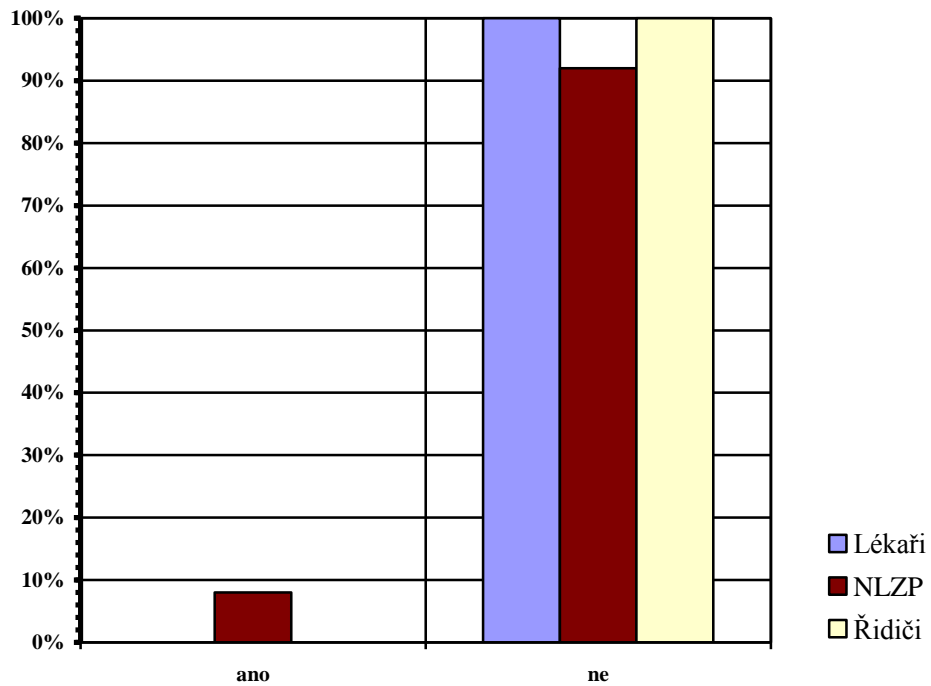
4. Máte nějakou vlastní zkušenost s prací peera?



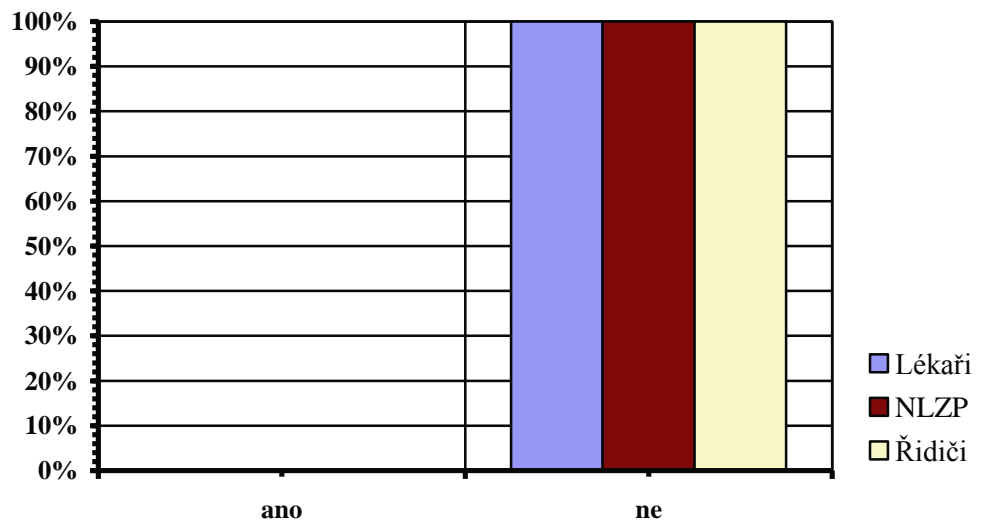
5. Přemýšlíte o vypjatém zásahu po práci doma?



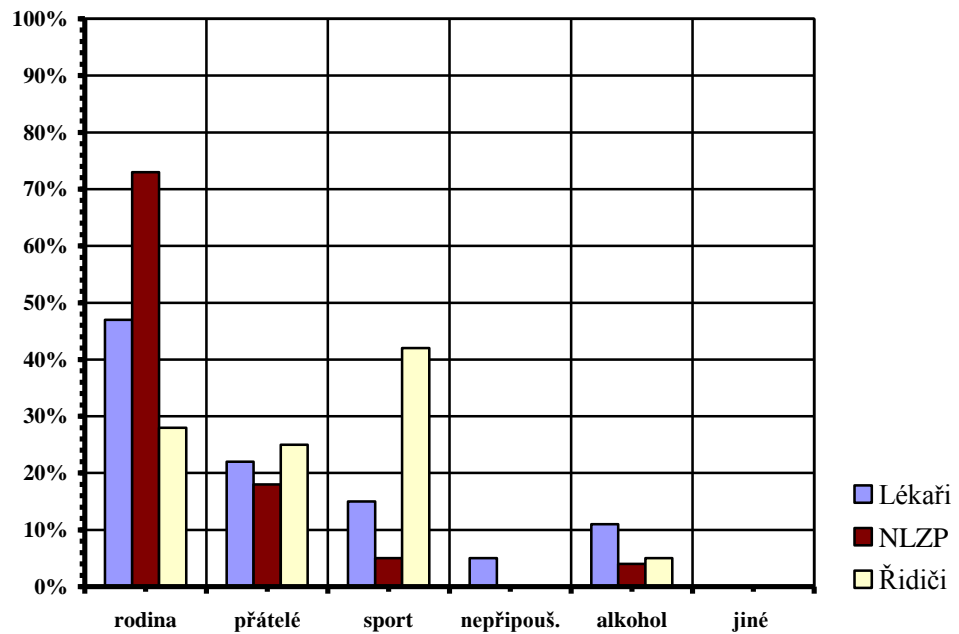
6. Účastníte se aktivně psychologických nácviků?



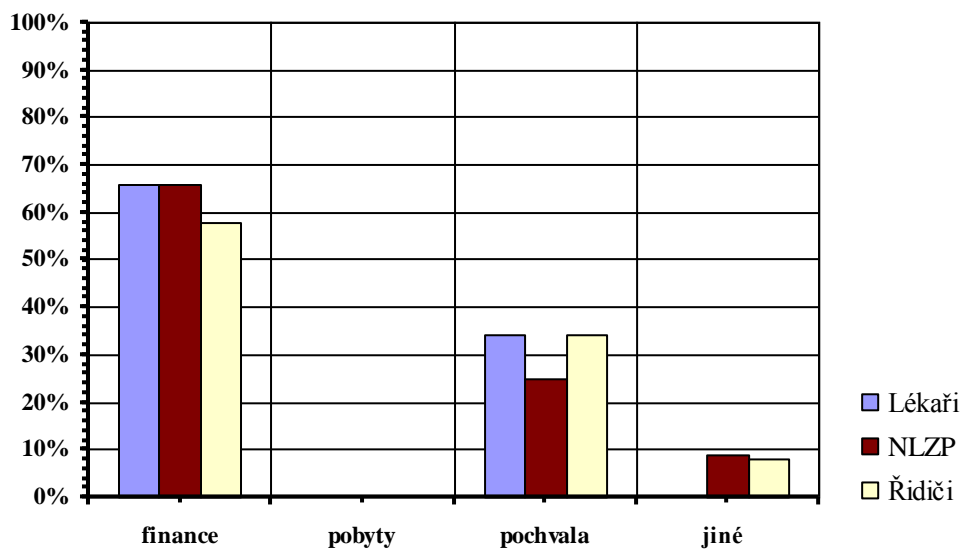
7. Pečuje management o Vaše duševní zdraví?



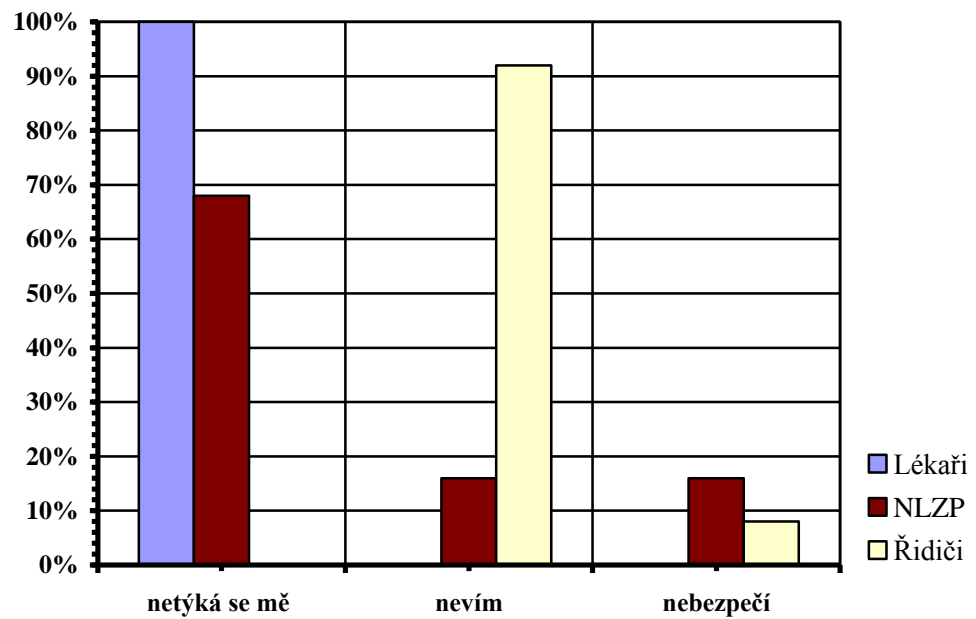
8. Jak bojujete s přemírou stresu?



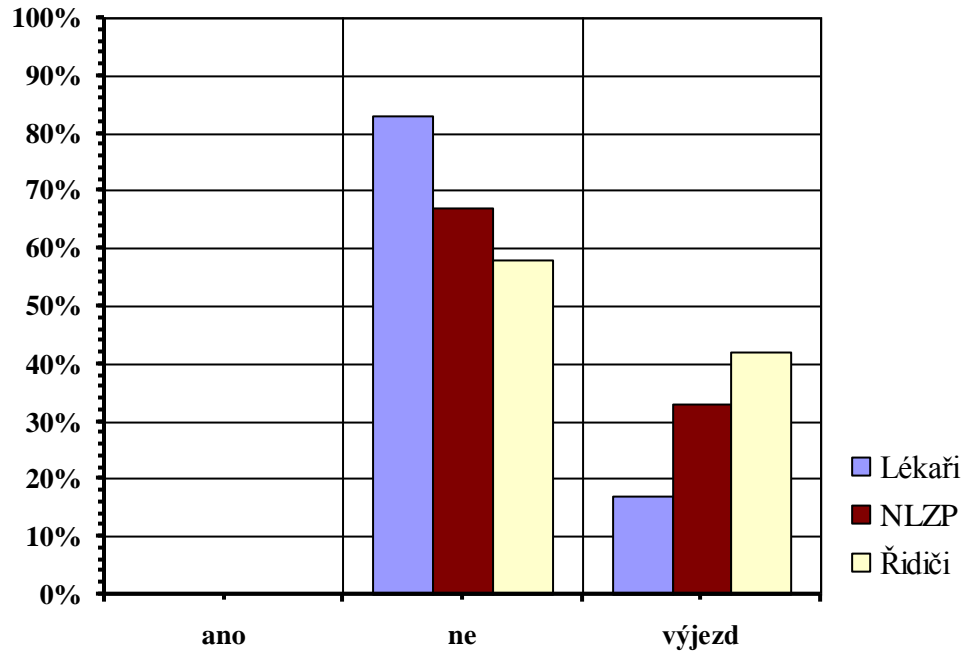
9. Čím Vás motivuje management?



10. Jaký je Váš názor na syndrom vyhoření?



11. Využil (a) byste spolupráci s peery?



PŘÍLOHA C: Dotazník (výzkum)

1. Vaše současná pracovní pozice je?

- lékař
- NLZP (sestra, záchranář, řidič)

2. V kterém územním středisku zdravotnické záchranné služby pracujete?

- ÚSZSSK
- ZZSPK

3. Které faktory Vás při Vaší práci nejvíce stresují?

(označujte jako ve škole, přičemž hodnocení 5 pro vás představuje největší stres)

- Riziko vlastního ohrožení
- Vysoká míra zodpovědnosti
- Úmrtí mladých lidí a dětí
- Platové podmínky
- Vysoká fyzická a psychická zátěž

4. Vypjatý výjezd pro Vás představuje?

(označujte jako ve škole, přičemž hodnocení 5 pro vás představuje největší stres)

- Těžká dopravní nehoda s větším počtem postižených
- Neúspěšná KPR
- Popáleninové trauma dítěte
- Napadení posádky
- Neindikované výjezdy

5. Cítíte se společensky docenění?

- ano
- ne
- někdy

6. S přemírou stresu bojujete?

- pravidelným sportem
- posezením s přáteli
- s rodinou
- alkoholem
- četbou

7. Po vypjatém výjezdu přemýšlíte o práci i doma?

- velmi často
- často
- občas
- nikdy

8. Víte, kdo je peer?

- ano
- ne

9. Máte možnost na Vašem pracovišti využívat peerské pomoci?

- ano
- ne

10. Využíváte možnosti pravidelných psychologických intervencí na Vašem pracovišti?

- ano
- ne

11. V případě možnosti aktivní spolupráce s peery byste ji využil(a)?

- ano
- ne
- jen po vypjatém výjezdu

12. Která z uvedených intervencí je na Vašem pracovišti preferována?

- Balintovské skupiny
- Debriefing
- Defusing
- Návčiky komunikačních technik
- Psychologická pomoc
- Peerská pomoc
- jiné

PŘÍLOHA D: Karta SPIS